Prof. "Aaron T. Beck" univ. dr. Daniel David

PROTOCOL CLINIC DE PSIHOTERAPIE RAȚIONAL-EMOTIVĂ ȘI COMPORTAMENTALĂ PENTRU DEPRESIE

SINAPSIS

TRATAMENTUL DEPRESIEI PRIN PSIHOTERAPIE RAȚIONAL-EMOTIVĂ ȘI COMPORTAMENTALĂ

Pentru citare se va utiliza următorul format: David, D. (2007). *Ghid şi Protocol Clinic de Psihoterapie Raţional-Emotivă şi Comportamentală pentru Depresie.* Editura Sinapsis, Cluj-Napoca.

Editura Sinapsis
C.P. 1181, O.P. 1, Cluj-Napoca. 3400
tel.: 0264-423806, 423807, 423813, fax: 0264-423814
e-mail: contact@sinapsis.ro, www.sinapsis.ro

Descrierea CIP a Bibliotecii Naţionale a României

DAVID, DANIEL
Ghid şi protocol clinic de psihoterapie raţional-emotivă şi comportamentală pentru depresie : tratamentul depresiei prin psihoterapie raţional-emotivă şi comportamentală / prof. univ. dr. Daniel David. - Cluj-Napoca : Sinapsis, 2007
ISBN 978-973-1802-07-7

616.89

Copyright © 2007
Institutul Internaţional de Studii Avansate în Psihoterapie şi Sănătate Mentală Aplicată
Universitatea Babeş-Bolyai
str. Republicii nr. 37, 400015, Cluj Napoca, Romania
www.psychotherapy.ro

Toate drepturile rezervate. Nici o parte a acestui material nu poate fi reprodusă sau transmisă sub nici o formă sau printr-un mijloc electronic sau mecanic, incluzând fotocopierea, înregistrarea ori printr-un sistem de stocare şi reactualizare a informaţiei fără acordul prealabil al celor în drepturi.

Daniel David este profesor universitar dr. la Catedra de Psihologie a Universităţii Babeş-Bolyai din Cluj-Napoca, preşedintele Colegiului Psihologilor din România, Filiala Cluj şi psiholog principal în psihologie clinică, consiliere psihologică şi psihoterapie. A obţinut licenţa în psihologie (în 1996) la Universitatea Babeş-Bolyai şi doctoratul în psihologie (1999) la aceeaşi Universitate. A făcut studii postuniversitare (1999-2002) în psihologie clinică şi psihopatologie (incluzând hipnoză şi hipnoterapie) la Mount Sinai School of Medicine, New York, SUA şi a parcurs un program de formare (1998-2002) în psihoterapii cognitive şi comportamentale la Albert Ellis Institute, SUA şi Academy of Cognitive Therapy, SUA, unde este şi acum supervizor-formator, singurul din România atestat de fondatorii psihoterapiilor cognitive şi comportamentale: Dr. Aaron Beck şi Dr. Albert Ellis. Complementar a făcut un stagiu de pregătire în terapii dinamic-psihanalitice şi umanist-existenţiale la Tennessee University-Psychological Clinic, SUA (1998-1999). Este director al Centrului Român de Psihoterapie Cognitivă şi Raţional-Emotivă şi Comportamentală, preşedinte al Asociaţiei Române de Psihoterapii Cognitive şi Comportamentale din România şi al International Institute for the Advanced Studies of Psychotherapy and Applied Mental Health (http://www.psychotherapy.ro). Daniel David este editor al revistei Journal of Cognitive and Behavioral Psyhotherapies, indexată PsycInfo, EBSCO, ProQuest şi IBSS. Autorul este membru în asociaţii profesionale internaţionale de profil, are numeroase premii şi granturi internaţionale (a implementat în ţară primele studii clinice controlate şi primul program post-doctoral în domeniul psihoterapiei), desfăşoară activităţi didactice, de cercetare şi practică clinică şi psihoterapeutică în ţară şi în străinătate (ex. Mount Sinai Hospital, SUA). Până în prezent a publicat 5 cărţi şi peste 50 de articole, majoritatea în reviste de prestigiu din străinătate, fiind cel mai citat şi influent psiholog român în literatura de specialitate.

CUPRINS

Introduere 7

I. Ghidul Psihoterapeutului 9

II. Ghidul Interacțiunii Psihoterapeut-pacient 14

III. Scala de Evaluare a Intervenției în Psihoterapia Rațional-Emotivă și Comportamentală 35

Bibliografie 115

ANEXE

Anexa 1. Scala de Evaluare a Intervenției în Psihoterapia Rațional-Emotivă și Comportamentală 117

Anexa 2. Modelul ABC cognitiv 130

Anexa 3. Modelul ABC comportamental 131

Anexa 4. Decalogul raționalității și iraționalității 132

Anexa 5. Tehnici cognitiv-comportamentale spirituale 139

Anexa 6. Pastile psihologice 144

Anexa 7. Tehnici metaforice de restructurare cognitivă 147

Introducere

Practica psihologică şi psihoterapeutică a suferit schimbări marcante în ultimii ani. Psihologul/psihoterapeutul modern nu mai poate face orice doreşte în cabinetul său; activitatea sa trebuie să fie ghidată de manuale şi protocoale clinice specifice, a căror eficienţă a fost testată anterior în studii clinice controlate. Aceste protocoale clinice nu sunt algoritmi, ci euristici care, în cazul păstrării unor condiţii standard de intervenţie, permit adaptări specifice şi flexibile în funcţie de caracteristicile şi tulburările fiecărui pacient, ducând în final la o intervenţie individualizată clinic, pe baza unor principii generale validate ştiinţific.

În această lucrare prezentăm:

(1) Protocolul clinic de intervenţie prin psihoterapie raţional-emotivă şi comportamentală (forma clasică de psihoterapie cognitiv-comportamentală), a cărui aplicare corectă duce la remiterea tulburării depresive majore cu o eficienţă de cel puţin 75% (eficienţă maximă între tratamentele existente astăzi), remitere cu un grad ridicat de stabilitate la 6 luni de „follow-up", post-intervenţie. Datele de eficienţă menţionate mai sus se bazează pe studiile clinice controlate derulate de noi începând cu 2001, în care am comparat eficienţa medicaţiei antidepresive (fluoxetina) şi a psihoterapiei cognitiv-comportamentale în tratamentul tulburării depresive majore (vezi „Rational Treatments". David, D., 2006, Editura Tritonic, Bucureşti);

(2) Scala de Evaluare a Intervenţiei în Psihoterapia Raţional-Emotivă şi Comportamentală

Implementate în practica clinică, aceste instrumente asigură servicii de calitate, adresate pacienților suferinzi de tulburare depresivă majoră. Intervenția poate fi combinată, atunci când este cazul, cu tratamentul medicamentos. De asemenea Protocolul este indicat pentru activități de cercetare care urmăresc să testeze și/sau să dezvolte eficiența (cum funcționează în studii clinice controlate) și eficacitatea (cum funcționează în practica clinică reală) intervențiilor de tip cognitiv-comportamental.

Sugerăm ca Protocolul să fie utilizat în conjuncție cu „Tratatul de Psihoterapii Cognitive și Comportamentale" (David, D., 2006, Editura Polirom), de unde se pot extrage: (1) rațiunea teoretică și conceptualizarea clinică pe care se bazează Protocolul; și (2) tehnici specifice care pot fi implementate conform cerințelor Protocolului.

Pentru informații suplimentare privind acest Protocol Clinic și/sau cursuri training pentru aplicarea lui, contactați International Institute for the Advanced Studies of Psychotherapy and Applied Mental Health (www.psychotherapy.ro).

Prof. „Aaron T. Beck" univ. dr. Daniel David
Universitatea Babeș-Bolyai – International Institute for the Advanced Studies of Psychotherapy and Applied Mental Health

I. GHIDUL PSIHOTERAPEUTULUI

1. Intervenția prin psihoterapie rațional-emotivă și comportamentală (20 de ședințe)

Tratamentul se bazează pe tehnicile și descrierile din manualele de teorie și practică în psihoterapia rațional-emotivă și comportamentală (REBT) (Ellis & Grieger, 1977; Wallen, DiGiuseppe & Dryden, 1992). După explicarea regulilor de bază ale terapiei (programarea, confidențialitatea etc.), modul de desfășurare al REBT și modelul ABC, sunt discutate cu pacientul scopurile terapiei REBT. Modelul general elegant al tratamentului prin REBT se focalizează pe credințele iraționale care mediază simptomele depresive: absolutizarea sau trebuie absolutist (DEM = *demandingness*), deprecierea de sine (SD = *self- downing*), catastrofarea (AWF = *awfulizing*) și toleranța scăzută la frustrare (LFT = *low frustration tolerance*). Tehnicile cognitive (i.e., restructurarea), comportamentale și emoționale vor fi folosite pentru a schimba focalizarea credințelor iraționale. Gândurile automate și inferențele defectuoase nu sunt vizate de intervenție. De asemenea, strategiile specifice REBT se vor focaliza pe: (1) reducerea problemelor secundare; (2) promovarea acceptării de sine necondiționate; și (3) focalizarea pe identificarea și modificarea credințelor de tip DEM ca și credințe iraționale centrale implicate în depresie. În REBT, dacă stilul de gândire absolutist (DEM) nu se recunoaște foarte ușor în urma cogniților identificate în tema de casă sau în verbalizările din timpul ședințelor terapeutice, prezența sa se va infera din derivatele sale (i.e., deprecierea de sine, catastrofarea și toleranța scăzută la frustrare). Ipoteza privitoare la prezența DEM este

testată prin întrebări directe adresate pacienților [de exemplu, pacientul poate spune: „este groaznic că nu am trecut examenul" (catastrofare); terapeutul: „sună ca și cum trebuia să treci examenul, nu-i așa?" (DEM)]. Totuși, confruntarea cu credințele DEM inferate se face doar dacă pacientul acceptă conceptualizarea clinică ce le include și pe acestea.

Intervenția REBT constă din 14 săptămâni de terapie controlată [12 săptămâni de tratament continuu și 2 săptămâni pentru urmărirea rezultatelor (*follow-up*) (câte o întâlnire în fiecare săptămână) focalizate pe finalizarea terapiei], în care sunt incluse maximum 20 de ședințe cu o durată de 50 de minute fiecare:

Săptămânile 1-4 (prima etapă: două ședințe în fiecare săptămână)

Ședința 1 (introducere)

- Diagnostic și evaluare clinică
- Relația terapeutică
- Instruirea cu privire la REBT
- Tratament și expectanțe
- Lista de probleme

Ședințele 2-8

- Este abordată fiecare problemă de pe listă prin prisma modelului ABC din cadrul REBT

Săptămânile 5-8 (faza intermediară: două ședințe în fiecare săptămână)

Ședințele 9-16

- Eforturile sunt îndreptate spre consolidarea credințelor raționale ale pacientului și dezactivarea credințelor iraționale
- Ajutarea pacienților să vadă legăturile dintre problemele lor, în special cele caracterizate prin credințe iraționale

Săptămânile 9-12 (faza finală: câte o ședință în fiecare săptămână)

Ședințele 17-20

- Pregătirea pacienților pentru ca aceștia să devină propriul lor psihoterapeut
- Discutarea problemelor de dependență și prevenirea recăderilor

<u>Structura primei ședințe</u>

- Stabilirea agendei (și oferirea unei motivații pentru aceasta)
- Evaluarea dispoziției, inclusiv prin scoruri obiective
- Scurtă trecere în revistă a problemelor cu care se prezintă pacientul și solicitarea unei aduceri la zi raportat la evoluția acestora (de la evaluarea clinică)
- Identificarea problemelor și stabilirea scopurilor
- Educarea pacientului referitor la modelul psihoterapiei rațional-emotive și comportamentale

- Aflarea expectanțelor pacientului privind psihoterapia
- Educarea pacientului privind tulburarea sa
- Stabilirea temei de casă
- Rezumarea discuției
- Solicitarea unui feedback

Structura ședinței a doua și a următoarelor

- Scurtă aducere la zi și evaluarea dispoziției (și a consumului de medicație, alcool și droguri, dacă este cazul)
- Stabilirea legăturii cu ședința anterioară
- Stabilirea agendei
- Verificarea temei de casă
- Discutarea problemei din agendă
- Stabilirea unei noi teme de casă și sumarizări periodice ale celor discutate
- Sumarizarea finală
- Feedback

Aspecte fundamentale care trebuie urmărite în timpul intervenției REBT

- Conceptualizarea cognitivă a problemei, bazată pe modelul ABC
- Utilizarea unui repertoriu vast de tehnici cognitive și comportamentale pentru a schimba credințele iraționale în credințe raționale

- Pașii intervenției REBT: (1) activare comportamentală; (2) focalizare pe schimbarea credințelor iraționale/raționale specifice; (3) focalizare pe schimbarea credințelor iraționale și raționale generale
- Utilizarea temei de casă
- Focalizare în mod deosebit pe DEM, promovând acceptarea de sine necondiționată și reducerea problemelor secundare.

2. Manuale de psihoterapie rațional-emotivă și comportamentală pentru strategii detaliate de intervenție

David, D (2006a). Psihologie clinică și psihoterapie. Fundamente. Iași: Editura Polirom.

David, D. (2006b). Metodologia cercetării clinice. Fundamente. Iași: Editura Polirom.

David, D. (2006c). Tratat de psihoterapii cognitive și comportamentale. Iași: Editura Polirom.

Dryden, W., și DiGiuseppe, R. (2003). Ghid de terapie rațional emotivă și comportamentală. Cluj-Napoca. Editura ASCR.

Ellis, A., & Grieger, R., M. (1977). Handbook of rational-emotive therapy. New-York: Springer Publishing CO.

Vernon, A. (2006). Dezvoltarea inteligenței emoționale. Educație Rațional Emotivă și Comportamentală. Cluj. Editura ASCR.

Wallen, S.R., Di Giuseppe, R., & Dryden, W., (1992). A practitioner's guide to rational-emotive therapy (2nd ed.). New York, NY, US: Oxford University Press.

Waters, V. (2003). Povești raționale pentru copii. Cluj: Editura ASCR.

II. GHIDUL INTERACȚIUNII PSIHOTERAPEUT-PACIENT

1. Scopul manualului de psihoterapie rațional-emotivă și comportamentală împotriva depresiei

Scopul acestui manual este să vă învețe o gamă variată de abilități care să vă ajute să abordați orice simptome depresive sau probleme relaționate cu depresia pe care le-ați putea întâmpina. Mai specific, obiectivul acestei cărți este de a vă învăța cum să utilizați psihoterapia rațional-emotivă și comportamentală (REBT).

Cercetările au arătat că aproximativ 75% dintre pacienții care beneficiază de psihoterapie rațional-emotivă și comportamentală vor manifesta o îmbunătățire a simptomelor depresive. Acest manual vă va învăța cum să faceți să vă simțiți mai puțin depresiv(ă) și mai plin(ă) de energie, cum să faceți față cât mai bine oricăror simptome pe care le-ați putea experiența. Cercetările au dovedit că abilitățile pe care le veți învăța cu ajutorul acestui manual sunt utile pentru a face față distresului emoțional.

2. Definiții

(a) **Noțiuni fundamentale despre depresie** (această scurtă prezentare se bazează pe textul aflat la adresa de Internet http://www.depression.com)

Unii oameni afirmă că resimt depresia ca pe o cortină neagră a disperării care se lasă asupra vieții lor. Mulți oameni se simt

lipsiți de energie și nu se pot concentra. Alții se simt irascibili tot timpul, fără un motiv clar. Simptomele variază de la persoană la persoană, dar dacă vă simțiți deprimat(ă) pentru mai mult de două săptămâni și această stare interferează cu viața de zi cu zi, atunci s-ar putea să suferiți de depresie clinică.

Tulburarea depresivă implică atât corpul, cât și gândurile și dispoziția. Depresia afectează modul în care o persoană mănâncă și doarme, felul în care se vede pe sine și în care se gândește la diverse lucruri. O tulburare depresivă nu este același lucru cu o stare de tristețe trecătoare. Nu este un semn de slăbiciune, nici o stare care va dispărea ca rezultat al voinței sau dorinței proprii. Cei care suferă de depresie nu se pot "aduna" pur și simplu și să se facă bine. Fără tratament, simptomele se pot prelungi la săptămâni, luni sau ani. Tratamentul adecvat, însă, îi poate ajuta pe cei mai mulți oameni care suferă de depresie.

Majoritatea celor care au suferit deja un episod depresiv vor avea altul, mai devreme sau mai târziu. Se poate să simțiți simptomele depresive cu câteva săptămâni înainte ca episdodul depresiv să izbucnească deplin. Dacă învățați să recunoașteți semnele timpurii sau simptomele și să lucrați cu psihoterapeutul dumneavoastră, acesta va putea împiedica agravarea depresiei.

Foarte mulți oameni care suferă de depresie nu caută niciodată ajutorul, chiar dacă majoritatea ar răspunde la tratament. Tratamentul depresiei este important în special pentru că tulburarea vă afectează pe dumneavoastră, familia și locul de muncă. Unele persoane cu depresie ajung să-și facă rău datorită credinței greșite că modul în care se simt n-o să se schimbe niciodată. Depresia este o tulburare care se poate trata.

(b) Ce este psihoterapia raţional-emotivă şi comportamentală (REBT)?

Psihoterapia raţional-emotivă şi comportamentală (REBT) este prima formă de terapie cognitiv-comportamentală (CBT) şi a fost creată de Dr. Albert Ellis în 1955. Potrivit modelului REBT oamenii se confruntă cu evenimente activatoare indezirabile despre care au credinţe (convingeri, gânduri) raţionale (CR) şi credinţe iraţionale (CI). Aceste credinţe duc apoi la consecinţe emoţionale, comportamentale şi cognitive. Credinţele raţionale duc la consecinţe funcţionale, în timp ce credinţele iraţionale duc la consecinţe disfuncţionale. Clienţii care se angajează în psihoterapie REBT sunt încurajaţi să îşi confrunte activ propriile credinţe iraţionale şi să asimileze credinţe raţionale mai eficiente şi mai adaptative, cu un impact pozitiv asupra răspunsurilor lor emoţionale, cognitive şi comportamentale (Ellis, 1962; 1994; Walen, et al., 1992). Astfel, REBT este o teorie psihologică şi un tratament care constă în combinarea mai multor tipuri de tehnici (de exemplu cognitive, comportamentale), pe care le puteţi folosi pentru a vă simţi mai bine fizic şi emoţional şi pentru a putea adopta comportamente mai sănătoase.

Ce sunt tehnicile cognitive?

Tehnicile cognitive sunt strategii specifice de schimbare sau modificare a gândurilor inutile şi/sau negative faţă de un anumit eveniment (de exemplu, cineva învaţă să-şi schimbe gândurile pentru a face faţă mai bine depresiei).

Ce sunt tehnicile comportamentale?

Tehnicile comportamentale implică învăţarea anumitor strategii care te ajută să faci faţă situaţiilor solicitante sau stresante, cum ar fi depresia şi/sau suferirea unei pierderi. Exemple de strategii comportamentale includ învăţarea modului de planificare şi organizare a programului zilnic şi învăţarea modului în care vă puteţi sustrage gândurilor negative.

Ce sunt tehnicile emoţionale?

Tehnicile emoţionale au fost elaborate pentru a vă ajuta să vă schimbaţi gândurile negative prin mijloace emoţionale. Metodele umoristice, poemele, cântecele etc. generează sentimente care ajută la provocarea şi schimbarea gândurilor negative.

3. Tratarea depresiei prin tehnici cognitive. Puterea gândurilor noastre

Deşi nu putem fi conştienţi întotdeauna de gândurile noastre, acestea pot totuşi avea un efect puternic asupra modului în care ne comportăm şi asupra emoţiilor noastre care rezultă ca răspuns la o anumită situaţie sau eveniment.

(a) Reînvăţarea propriilor A-B-C-uri

Potrivit teoriei cognitive, efectul pe care gândurile îl pot avea asupra răspunsurilor noastre fizice, comportamentale şi emoţionale la o anumită situaţie, poate fi ilustrat prin următoarea diagramă:

A = Eveniment activator sau situație pe care o trăim
↓
B = Credințe sau gânduri despre situația respectivă
↓
C = Consecințe: cum ne simțim sau ne comportăm pe baza acestor credințe

Vom ilustra acest model printr-un exemplu:

Exemplu
Persoana 1
A (Evenimentul activator) = Un prieten nu vă sună înapoi.
B (Credințe/Gânduri) = „Probabil că am făcut ceva care l-a supărat. Sunt o persoană îngrozitoare!"
C (Consecințe/efect) = Anxios, trist, deprimat.

Persoana 2
A (Evenimentul activator) = Un prieten nu vă sună înapoi.
B (Credințe/Gânduri) = "Probabil că este foarte ocupat și nu a avut timp să mă sune încă".
C (Consecințe/efect) = Mulțumit, neutru.

Exemplul de mai sus arată cum, în aceeași situație (de exemplu un prieten care nu vă returnează un apel telefonic), doi oameni au reacții foarte diferite la acel eveniment bazate pe cum interpretează și evaluează situația în funcție de propriile gânduri și credințe.

(b) Cum să gândim mai rațional. Abordarea alfabetului (Modelul ABC extins)

În această secțiune vom descrie cum se utilizează formularele ABC pentru auto-ajutorare în depresie, formulare pe care le-am inclus la sfârșitul acestui protocol (Vezi anexele 2 și 3).

A învăța să observi și să modifici gândurile cuiva presupune practică. Ca în orice deprindere pe care o învățăm (de exemplu datul pe bicicletă sau programarea aparatului video), cu cât exersăm mai mult, cu atât vom fi mai buni. De aceea, vă recomandăm să completați cel puțin câte unul din aceste formulare în fiecare zi. Exemplare libere din acest formular sunt atașate la sfârșitul manualului. Dacă vă sunt necesare mai multe formulare, le puteți solicita în orice moment.

Ok, să începem!

A-urile - evenimentele activatoare

Chiar deasupra paginii formularului, în marginea din stânga, se află un chenar intitulat "A (Eveniment/Situație activatoare)".

În acest chenar, dumneavoastră trebuie să notați un eveniment care v-a supărat și care vi s-a întâmplat astăzi. Am adăugat câteva exemple de evenimente sub chenar, dar dumneavoastră trebuie să notați exemple personale.

Dorim să vă încurajăm să vă concentrați în special pe monitorizarea acelor momente în care vă simțiți foarte trist sau obosit.

Dacă există o zi în care nu se întâmplă nimic care să vă supere în particular, vă rugăm să completați această rubrică "A" fie cu

(a) un eveniment supărător care vi s-a întâmplat în trecut fie (b) un eveniment supărător care vă preocupă (de exemplu, "Mă simt deprimat din cauza lipsei de succes din viața mea și mă întreb cum o să reușesc să trec de restul zilei").

Înainte să trecem la B-uri, să ne focalizăm puțin pe C-uri.

C-urile – consecințele care urmează evenimentelor

În marginea de sus a formularului, în partea dreaptă, veți descoperi un chenar denumit "C" (Consecințe).

În acest chenar, vă rugăm să notați consecințele evenimentului identificat.

Pot exista trei tipuri de consecințe. Puteți experimenta una, două sau pe toate trei:

- Emoții negative nesănătoase. Sub chenar am inclus câteva exemple de sentimente negative nesănătoase (de exemplu, stare de deprimare, teamă, furie). Totuși, vă încurajăm să alegeți acele cuvinte care vă descriu cel mai bine experiența.
- Comportamente nefolositoare. Sub chenar, am inclus câteva exemple de comportamente nefolositoare. Acestea se referă la lucruri pe care le faceți și care sunt neproductive sau vă fac rău într-un anumit fel.
- Consecințe negative fizice ale distresului. Când oamenii trec printr-un eveniment care îi afectează, ei pot experimenta simptome fizice. De exemplu, dacă vă certați cu un prieten, s-ar putea să vă înroșiți, să vă încălziți sau să tremurați. Sub chenar, am enumerat câteva exemple de consecințe fizice, dar vă rugăm să notați, din nou, orice fel de reacții fizice trăiți.

Notă: Deși multe simptome fizice pot fi cauzate sau agravate de stres, în timpul tratamentului toate simptomele fizice trebuie luate în serios și discutate cu echipa care vă asigură tratamentul (de exemplu, "Mă simt lipsit de speranță și trist, nu mai exersez și mă simt și mai obosit").

Acum ne vom întoarce la B-uri.

B-urile - credințele negative sau inutile; cheile schimbării

După cum am arătat mai sus, chiar dacă s-ar părea că un eveniment neplăcut (A) conduce la starea de supărare (C), acest lucru nu este 100% cert.

În realitate, nu evenimentul vă supără, ci credințele negative sau inutile pe care le aveți despre eveniment. Atunci, cum puteți identifica aceste gânduri?

Verificați dacă credințele dumneavoastră se încadrează în vreuna dintre următoarele categorii:

- Cerințe absolutiste – Verificați dacă în gândurile dumneavoastră apare cuvântul „trebuie". De exemplu, s-ar putea să gândiți „Trebuie să îmi îndeplinesc toate sarcinile astăzi!" sau „Ar trebui ca viața să fie corectă."
- Catastrofarea – verificați dacă în gândurile dumneavoastră apar cuvinte ca „groaznic", „oribil" sau „teribil". De exemplu, s-ar putea să gândiți „A trebuit să dorm de două ori azi și asta e groaznic! De obicei sunt activ toată ziua."
- Intoleranță la frustrare - Verificați dacă în gândurile dumneavoastră apare sintagma „Nu pot să suport

asta!" sau cuvântul „insuportabil". De exemplu, s-ar putea să gândiți „Nu pot să suport să fiu atât de deprimat!"

- Deprecierea de sine – verificați dacă vă autoironizați, dacă sunteți prea critic față de propria persoană sau dacă vă auto-maltratați; de asemenea, dacă valoarea dumneavoastră ca persoană se bazează pe unul sau două lucruri minore. De exemplu, s-ar putea să gândiți „Am fost prea deprimat pentru a găti cina copiilor mei astăzi. Sunt o mamă insensibilă și o persoană oribilă."
- Deprecierea celorlalți - urmăriți dacă sunteți prea critic, dacă îi abuzați pe ceilalți, sau dacă vă bazați întreaga gândire pe aceștia sau pe unul sau pe două lucruri lipsite de importanță. De exemplu, s-ar putea să gândiți „Soțul meu nu se pricepe să vorbească cu mine despre depresia mea. Este complet inutil și insensibil."
- Depreciere vieții – verificați dacă vă gândiți că toată viața dumneavoastră este rea, doar pentru că nu este perfectă. S-ar putea să gândiți, spre exemplu, „viața este lipsită de valoare pentru că eu mă simt atât de epuizat".

Rețineți, gândurile negative sunt acele gânduri care ne fac să ne simțim și/sau să ne comportăm într-un mod negativ, jignitor sau neplăcut (de exemplu, a vă simți deprimat sau furios sau irascibil). Odată ce ați recunoscut credința negativă pe care o aveți despre situație, vă rugăm să o notați în chenarul B.

D-urile – restructurarea credințelor negative

După ce ați recunoscut credințele negative sau inutile, pasul următor este confruntarea sau provocarea lor. Există mai multe moduri în care puteți face asta.

În primul rând, vă puteți întreba: "Unde voi ajunge dacă îmi voi păstra această credință? Îmi este de folos sau îmi face doar rău?". Dacă acea credință vă provoacă tristețe [(de exemplu, vă face să plângeți, să vă simțiți deprimat(ă)], să faceți lucruri care vă sunt inutile sau chiar vă fac rău [(de exemplu, nu mai ieșiți cu prietenii, nu respectați recomandările tratamentului)] sau să vă simțiți mai rău fizic [(de exemplu, să vă simțiți mai obosit(ă)] atunci credința pe care o aveți este probabil inutilă.

În al doilea rând, vă puteți întreba: "Care sunt dovezile care îmi întăresc credința negativă? Are ea vreo logică?". De exemplu, mă pot gândi, catastrofând, "Nu mai suport să mă simt atât de obosit(ă)". Dar dacă mă opresc și mă gândesc bine la asta, îmi dau seama că de fapt pot să suport. Mă trezesc în continuare în fiecare dimineață, îmi respect în continuare programările medicale etc. În concluzie, chiar dacă nu îmi place că mă simt atât de obosit(ă), pot să suport situația.

Vă rugăm să notați în coloana D ce v-ați spus ca să vă confruntați gândurile negative.

E-urile – credințele eficiente/de ajutorare

Odată ce v-ați confruntat cu succes credințele negative (într-un mod colaborativ, dar activ) sunteți pregătit(ă) să le înlocuiți cu credințe mai logice și care se bazează pe date reale.

Credințele sănătoase pot fi similare cu unele dintre următoarele:

- Preferințe – acestea sunt alternative mai sănătoase, mai raționale față de cerințele absolutiste. Preferințele apar atunci când dorești ceva sau vrei să obții ceva foarte mult, dar absolutizezi acest lucru. De exemplu ați putea să vă gândiți „Mi-ar plăcea să am energia pe care o aveam odată" în loc să spui „Trebuie să mă simt exact în același fel cum mă simțeam înainte să fiu deprimat".
- Anti-catastrofare – aceasta este o alternativă mai sănătoasă, mai rațională la catastrofare. Aceasta are loc atunci când dumneavoastră puteți recunoaște că o situație e foarte gravă, însă fără a vă gândi la ea ca fiind 100% groaznică. De exemplu, v-ați putea gândi „A fi prea obosit să merg la lucru 5 zile pe săptămână este un lucru foarte rău, dar cel puțin știu că asta nu va dura pentru totdeauna, iar faptul că rămân acasă îmi lasă mai mult timp cu prietenii mei" în locul unei gândiri de tipul „Este groaznic să mă simt atât de obosit!"
- Toleranță ridicată la frustrare – este o alternativă mai rațională împotriva intoleranței la frustrare. Puteți să considerați, astfel, că deși o situație poate părea deosebit de dificilă, îi puteți face față. Spre exemplu,

v-ați putea gândi „Urăsc faptul că mă simt atât de deprimat, dar voi încerca să găsesc noi mijloace de a mă adapta la această situație și astfel voi rezista", în locul unei gândiri de tipul „nu pot să sufăr să mă simt atât de deprimat! Este insuportabil!".

- Anti-depreciere de sine – este o alternativă mai rațională la deprecierea de sine. Aceasta are loc atunci când dumneavoastră sunteți capabil(ă) să vă acceptați și să fiți de acord cu persoana care sunteți, cu toate că nu sunteți perfect(ă). Spre exemplu, v-ați putea gândi „Într-adevăr, nu pot face față depresiei așa de bine cum mi-ar plăcea. De obicei, sunt o persoană atât de puternică, dar acum mă aflu într-o stare de nervozitate. Îmi dau seama că sunt totuși o persoană bună și de încredere, în pofida faptului că nu sunt atât de puternic(ă) cum am crezut". Acest gând este o alternativă mai rațională decât să vă catalogați „Sunt o persoană slabă și oribilă".
- Anti-deprecierea celorlalți – reprezintă o alternativă mai sănătoasă și mai rațională la deprecierea celorlalți. Aceasta se întâmplă când sunteți capabil să îi acceptați pe ceilalți în ciuda greșelilor sau a lucrurilor pe care le-ar fi putut face să vă supere. De exemplu, s-ar putea să vă gândiți „Sunt foarte supărată pe soțul meu pentru că nu mă ascultă. Dar îmi dau seama că el este totuși, în general, un om deosebit, care face multe lucruri importante. El ia copiii de la grădiniță, el îi duce la doctor și are grijă de casă." Aceasta este o

alternativă la a gândi „Nu este un ascultător bun și asta îl face o persoană oribilă".

- Anti-deprecierea vieții – reprezintă o alternativă mai sănătoasă și rațională la deprecierea vieții. Aceasta se întâmplă când sunteți capabil(ă) să acceptați viața așa cum este, chiar dacă nu este exact cum v-ați fi dorit. De exemplu, s-ar putea să gândiți „Nu așa mi-am propus să-mi fie viața, dar îmi dau seama că viața este alcătuită din tot felul de lucruri atât rele cât și bune" în loc să vă gândiți „Viața este lipsită de sens și inutilă pentru că am depresie".

Vă rugăm să notați în coloana E noile dumneavoastră credințe, mai utile.

Notă: Nu vă cerem să înlocuiți credințele negative de neajutorare cu gânduri pozitive nerealiste. Nu ne așteptăm să notați fantezii sau gânduri pozitive care nu au suport real. Pentru ca acestă tehnică (numită restructurare cognitivă) să funcționeze, trebuie să credeți cu adevărat în noile credințe, mai sănătoase.

F-urile – emoții și comportamente noi și funcționale

Acum sunteți pregătit(ă) să vedeți rezultatele muncii dumneavoastră susținute!

Trebuie să știți că schimbarea credințelor negative în credințe mai folositoare, va avea următoarele efecte:

- Vă veți simți mai bine din punct de vedere emoțional! De exemplu, vă puteți simți mai pozitiv(ă) [mai fericit(ă), calm(ă), relaxat(ă)] sau mai puțin negativ(ă) [(de exemplu, trist(ă) vs. deprimat(ă), iritat(ă) vs. furios(furioasă)].
- Vă veți comporta într-un mod mai folositor! De exemplu, veți petrece mai mult timp sau veți socializa mai mult cu prietenii sau veți practica un hobby.
- Vă veți simți mai bine din punct de vedere fizic! De exemplu, vă puteți simți mai energizat(ă) sau să aveți o tensiune musculară mai mică.

Sumar:

- Rețineți că, deși nu putem întotdeauna schimba o situație particulară sau un eveniment ("A") (de exemplu, pierderea unei rude apropiate), ne putem controla propriile gânduri. Ca urmare, ne putem simți mai bine sau mai puțin afectați de situațiile cu care trebuie să ne confruntăm.
- Recomandăm completarea zilnică în timpul tratamentului a cel puțin unui formular de auto-ajutoare în depresie ABC. În acest mod, veți exersa și veți putea surprinde gândurile negative, veți recunoaște relația lor cu anumite consecințe negative, și, cel mai important, vă va ajuta să schimbați aceste gânduri astfel încât să aveți mai puține simptome depresive și o experiență mai pozitivă în tratament.

- Dorim să subliniem că învățarea acestei deprinderi poate fi o provocare și necesită practică. Cu cât veți exersa mai mult, cu atât va fi mai ușor să vă schimbați gândurile și emoțiile, și cu atât vă veți simți mai bine.
- Exemplare libere ale acestui formular sunt atașate la sfârșitul acestui protocol.

4. Tratarea depresiei prin tehnici comportamentale

Uneori, când ne confruntăm cu situații de viață stresante sau solicitante sau când avem o zi mai agitată, s-ar putea să nu avem suficient timp sau energie pentru a ne focaliza pe tehnicile cognitive așa cum au fost ele descrise, pentru a face față gândurilor negative.

În astfel de zile, tehnicile și strategiile descrise mai jos sunt tehnici alternative la care puteți recurge pentru a face față oricăror sentimente de distres, gândire negativă, epuizare sau alte simptome.

(a) Planificarea/ Programarea activităților

Unii oameni se pot simți copleșiți de gânduri negative pe măsură ce încearcă să se adapteze activităților zilnice pe parcursul tratamentului REBT. Scopul acestei secțiuni este să vă ajute să vă planificați programul zilnic și săptămânal în timpul tratamentului REBT. Planificarea din timp a activităților zilnice și săptămânale vă va ajuta să faceți față acestora, să scadă numărul gândurilor negative, să puteți controla nivelul de oboseală și, în

general, să vă simțiți mai puțin deprimat și veți simți că dețineți controlul asupra propriei vieți.

Mai jos, vă recomandăm pașii care trebuie urmați în planificarea unui orar ușor de urmat:

(1) În primul rând, vă recomandăm să vă notați ședințele săptămânale de tratament împotriva depresiei. Când începeți tratamentul împotriva depresiei, veți observa că psihoterapeutul va încerca să mențină programările săptămânale la ore regulate în fiecare săptămână (de exemplu, la ora 18). De asemenea, veți constata că vizita la cabinetul terapeutului va dura în medie 50 de minute. Nu uitați ca, în cadrul planificării dumneavoastră, să alocați timp pentru drumul până la, și de la, cabinet.

(2) În al doilea rând, vă sugerăm să planificați 3 pauze zilnice de masă, la micul dejun, prânz și cină. Poate veți dori să includeți câteva alte scurte pauze (10-15 minute) pentru gustări pe parcursul zilei.

(3) În al treilea rând, vă recomandăm să calculați cel puțin o activitate fizică/de recreere zilnică, de 30 de minute. Alegeți o activitate care vă face plăcere, cum ar fi mersul pe jos, grădinăritul, sau participarea la cursuri de yoga. Studii anterioare au arătat că angajarea constantă în activități fizice/de recreere de intensitate joasă și medie (ca de exemplu, exercițiile fizice, mersul pe jos sau grădinăritul) este foarte utilă în timpul tratamentului împotriva depresiei. Astfel, tonusul fizic se va menține sau va fi puțin afectat în timpul tratamentului.

(4) În al patrulea rând, vă sugerăm să vă notați pe o foaie de hârtie toate activitățile pe care ați dori să le efectuați pe

parcursul zilei. Asigurați-vă că enumerați toate activitățile de la locul de muncă sau activitățile pe care le efectuați acasă, dacă lucrați acasă, la fel ca și activitățile domestice, cum ar fi pregătirea meselor, spălatul rufelor, călcatul, luarea copiilor de la școală etc.

- Odată ce ați elaborat lista de activități zilnice, numerotați fiecare activitate în funcție de cât de importantă este pentru dumneavoastră. Astfel, dacă trebuie să mergeți la lucru în acea zi, numerotați activitățile care țin de muncă cu 1, urmate de celelalte sarcini esențiale pe care doriți să le realizați. De exemplu: 1 = muncă, 2 = să iau copii de la școală, 3 = să pregătesc cina etc.
- După ce ați numerotat activitățile zilnice, treceți fiecare activitate în planificarea săptămânală și asigurați-vă că vă acordați suficient timp pentru a îndeplini fiecare sarcină.
- Poate veți descoperi că nu vă puteți încadra în toate activitățile pe care doriți să le îndepliniți într-o zi. În acest caz, vă sugerăm să amânați activitățile mai puțin importante pentru dumneavoastră (adică, acele activități aflate pe ultimele locuri în clasificarea făcută, cele numerotate cu 5 sau 6) și să le reprogramați într-o altă zi din săptămână, când programul dumneavoastră este mai puțin aglomerat.
- Ați putea fi tentați să treceți peste perioada de odihnă zilnică (Pasul 3) sau peste activitatea de recreere (Pasul 4) într-o anumită zi, pentru a face loc altei activități. Vă sugerăm să nu faceți acest lucru,

datorită faptului că perioada dedicată exercițiilor fizice, recreerii sau relaxării este importantă pentru menținerea unui stil de viață sănătos. Nu uitați că toți trebuie să fim realiști cu privire la ceea ce putem și ce nu putem face într-o singură zi. Uneori este imposibil să îndeplinim toate sarcinile pe care am dori să le realizăm într-o singură zi. De aceea, fixați-vă scopuri realiste! În acest fel vă asigurați că nu veți ajunge să fiți dezamăgiți.

(b) Tehnici de distragere a atenției

Tehnicile de distragere a atenției vă ajută să vă comutați atenția de pe gândurile negative. Câteva tehnici de distragere a atenției sunt:

Imaginarea unei scene/imagini plăcute

Un tip de tehnică de distragere a atenției pe care o puteți folosi pentru a vă comuta atenția de la gândurile și sentimentele negative (inclusiv oboseala) este să vă imaginați o scenă plăcută. Câteva exemple includ:

- Planificarea "vacanței de vis". Încercați să vizualizați unde doriți să mergeți, cu cine doriți să plecați, cum credeți că veți ajunge acolo, ce v-ar plăcea să faceți și cât timp doriți să petreceți în locul de "vis".
- Amintirea unei vacanțe plăcute pe care ați avut-o. Încercați să retrăiți amintirile pe care le aveți despre această vacanță. Încercați să vă amintiți detaliile locului, unde ați locuit, activitățile de recreere prin care v-ați petrecut timpul.

- Vizualizarea unei scene relaxante. Încercați să vă imaginați un loc liniștit, calm (de exemplu, că stați întins la soare pe o plajă sau că meditați într-o grădină liniștită)

Ascultarea unor casete cu muzică de relaxare

Poate doriți să ascultați muzica dumneavoastră preferată sau să vă uitați la unul dintre filmele dumneavoastră favorite pentru a vă relaxa, distrage atenția sau a vă îmbunătăți starea de spirit.

Faceți o scurtă plimbare

Altă strategie pe care o puteți folosi pentru distragerea atenției de la gânduri și sentimente neplăcute este să faceți o plimbare. Dacă sunteți la serviciu, faceți o plimbare scurtă în jurul clădirii, concentrându-vă atenția pe imaginile și sunetele din jur (de exemplu, fotografii, afișe, muzică etc.). Dacă sunteți acasă, faceți o plimbare prin cartier sau prin grădină. Acordați o atenție deosebită caracteristicilor lucrurilor din cartier (cum ar fi culoarea, forma și mărimea clădirilor, ce se prezintă în vitrinele magazinelor etc.).

Vizualizarea semnului "STOP"

Încercați să vă imaginați mental un semn STOP, ca cel de circulație sau chiar un semnal sub formă de lumină roșie, oricând sunteți copleșit sau supărat în urma gândurilor și sentimentelor negative, inclusiv oboseala, pe care le trăiți la un moment dat. Folosiți regula semnului "Stop" care presupune să spuneți "stop gândurilor inutile și negative" sau "stop gândirii negative".

5. Abordarea depresiei prin tehnicile emoționale

Tehnicile emoționale vă vor ajuta să vă provocați și să vă schimbați gândurile negative.

(a) Metode umoristice
(http://web.utk.edu/~thompson/songs.html)

Metodele umoristice vă încurajează să provocați și să nu luați gândurile negative prea în serios.

(b) Exerciții care vizează sentimentul de rușine

Va trebui ca dumneavoastră să încercați să vă comportați deliberat într-un mod „rușinos" în public pentru a învăța să vă acceptați și să tolerați starea de disconfort asociată pentru a evita să vă faceți rău singur, doar violări minore ale regulilor sociale sunt permise (de exemplu, a purta haine bizare cu scopul de a atrage atenția publică, să strigați cât este ora într-un magazin aglomerat).

Vă recomandăm să notați tehnicile majore emoționale [exemplu: metode umoristice (cântece și poeme) și exerciții care vizează sentimentul de rușine] pe care le-ați folosit. Exemplare libere pentru înregistrarea tehnicilor emoționale sunt atașate la sfârșitul acestui protocol.

6. Continuarea tratamentului REBT

Tehnicile de psihoterapie raţional-emotivă şi comportamentală tratate în acest manual vă vor ajuta să faceţi faţă simptomelor depresive. Mai mult decât atât, aceste tehnici pot fi aplicate în orice situaţie în care vă simţiţi copleşit(ă) sau supărat(ă).

Este important să ştiţi că după terminarea tratamentului REBT, ocazional s-ar putea să vă mai simţiţi obosit(ă) sau supărat(ă). În timpul unor astfel de perioade, vă sugerăm să reveniţi asupra conţinutului acestui manual şi să continuaţi să practicaţi deprinderile din domeniul REBT pe care le-aţi învăţat.

În timp, şi dacă le veţi exersa continuu, aceste abilităţi REBT vor deveni ceva natural pentru dumneavoastră, ca şi cum v-aţi da pe bicicletă sau aţi conduce o maşină.

Sperăm că veţi considera utile aceste tehnici şi vă dorim mult succes în viitor.

III. SCALA DE EVALUARE A INTERVENŢIEI ÎN PSIHOTERAPIA RAŢIONAL-EMOTIVĂ ŞI COMPORTAMENTALĂ

(Rational Emotive Behavior Therapy Rating Scale – REBTRS)

(Scala a fost completată şi adaptată pentru psihoterapia raţional-emotivă şi comportamentală după Cognitive Therapy Scale şi Cognitive Therapy Rating Manual, J. Young şi A.T. Beck (1980). *Cognitive Therapy Scale Manual.* http://www.academyofct.org, de către psiholog principal Bianca Macavei, Universitatea Babeş-Bolyai, Cluj-Napoca).

1. Introducere

Apărute pe parcursul anilor '70, psihoterapiile cognitiv-comportamentale înglobează aspecte teoretice şi practice preluate din behaviorismul clasic, precum şi din abordarea cognitivă dominantă în perioada '60-'70, pe care le subordonează criteriului eficienţei (David, 2006a, 2006b). Psihoterapiile cognitiv-comportamentale sunt psihoterapiile cele mai bine validate ştiinţific şi înglobează trei şcoli importante: (1) psihoterapia raţional-emotivă şi comportamentală (REBT, iniţiată de Albert Ellis), (2) psihoterapia cognitivă (CT, iniţiată de Aaron Beck) şi (3) modificările cognitiv-comportamentale (CBM, iniţiate de Donald Meichenbaum).

Psihoterapiile cognitiv-comportamentale consideră problemele psihologice ca fiind răspunsuri dezadaptative învăţate, susţinute de cogniţii disfuncţionale. În consecinţă, se accentuează necesitatea identificării şi modificării cogniţiilor dezadaptative şi înlocuirea comportamentelor disfuncţionale (Spiegler şi

suprapun peste obiectivele psihoterapiilor moderne. Nu este lipsit de interes faptul că, în scopul modificării gândirii dezadaptative şi disfuncţionale, psihoterapia raţional-emotivă şi comportamentală utilizează atât intervenţii la nivel cognitiv, cât şi la nivel comportamental şi fiziologic, această abordare conferindu-i un caracter de complexitate şi coerenţă. În consecinţă, actul terapeutic presupune profesionalism pe toate segmentele sale, sugerând necesitatea evaluării obiective a tuturor caracteristicilor intervenţiei psihoterapeutice.

Un aspect important de semnalat constă în forma directivă şi colaborativă pe care o ia relaţia dintre terapeut şi clientul său; împreună, ei formează o „echipă", conlucrând pentru a ameliora starea clientului. Acesta va fi parte activă a procesului de schimbare, participând fără reţineri la actul terapeutic, contribuind astfel la transferul rezultatelor pozitive obţinute în mediul său ecologic. Altfel spus, pe lângă „intervenţia de cabinet", un rol esenţial îl are terapia „in vivo", singura în măsură să susţină rezolvarea problemelor individului acolo unde acestea au apărut (David şi colab., 2000; Sanderson şi Rego, 2000).

Bazată pe cele mai recente descoperiri furnizate de cercetarea fundamentală şi aplicativă, intervenţia cognitiv-comportamentală combină tehnicile disponibile în pachete adecvate fiecărei tulburări. Mai mult, efortul practicienilor este îndreptat spre integrarea tuturor tehnicilor eficiente în cadrul conceptual al abordării cognitiv-comportamentale. Acest gen de abordare a dus la folosirea unor tehnici aparţinând altor curente din psihologie (ex. jocul de rol) în scopuri specifice abordării cognitiv-comportamentale (ex. identificarea şi modificarea indirectă a cogniţiilor dezadaptative).

Legătura permanentă dintre teorie şi practică, precum şi progresele rapide pe care le face cercetarea, relevă psihologul cognitiv-comportamentalist în dubla sa ipostază de om de ştiinţă şi practician (David şi colab., 2000). Această dublă calitate conferă terapeutului, pe de o parte, responsabilitatea selectării şi implementării unor strategii dovedite ca eficiente pentru problema persoanei din faţa sa (Sanderson şi Rego, 2000) şi pe de altă parte, sarcina de a testa acele tehnici care nu au fost încă supuse suficient validării empirice, echilibrând interesele clienţilor săi şi nevoia de progres în ştiinţă (Chambless, 2000) .

În final, o caracteristică importantă a terapiilor cognitiv-comportamentale o constituie evaluarea obiectivă, explicită şi permanentă a progreselor (sau stagnării) înregistrate. Se are în vedere atât eficienţa intervenţiei în ansamblul său, cât şi utilitatea şi oportunitatea tehnicilor folosite.

Adaptarea Scalei de Evaluare a Intervenţiei în Psihoterapia Raţional-Emotivă şi Comportamentală (REBTRS) pentru limba română, prezentată în paginile care urmează, este justificată de lipsa unui astfel de instrument, în condiţiile nevoii de perfecţionare continuă pe care o resimte orice practician de psihoterapie raţional-emotivă şi comportamentală şi a superiorităţii evaluării punctuale asupra aprecierii globale.

2. Ce măsoară scala?

Scopul principal al Scalei de Evaluare a Intervenţiei în Psihoterapia Raţional-Emotivă şi Comportamentală (REBTRS) este de a servi comunităţii ştiinţifice ca instrument de identificare şi cuantificare obiectivă a punctelor forte şi a punctelor slabe

specifice fiecărui terapeut, facilitând corectarea deficiențelor și optimizarea calității intervenției. Totodată, se poate utiliza și ca instrument de comparare a nivelului prestației diferiților terapeuți. În general, evaluarea practicienilor este tributară efectului de halo; altfel spus, impresia generală dată de prestația terapeutului se substituie unei aprecieri diferențiate, care să acopere toate segmentele ce asigură succesul intervenției psihoterapeutice: relația terapeutică, definirea clară a problemei clientului, selectarea celor mai eficiente tehnici pentru soluționarea acesteia, aplicarea corectă a tehnicilor, depășirea cu abilitate a problemelor inerente apărute pe parcursul terapiei și evaluarea responsabilă a efectelor înregistrate.

3. Descrierea itemilor

Scala cuprinde patru părți principale, evaluate prin 18 itemi (Anexa 1). Prin modul în care este structurată, se încearcă acoperirea cât mai completă a factorilor cu impact maxim asupra eficienței terapiei rațional-emotive și comportamentale.

3.1. Abilități terapeutice generale

Primul segment supus evaluării vizează abilitățile terapeutice generale, fiind acoperit de primii șase itemi (planificarea ședinței, feedback-ul, comprehensiunea, eficiența interpersonală, colaborarea, ritmul de lucru și utilizarea eficientă a timpului).

Fiind vorba de o formă de terapie de scurtă durată, în REBT se insistă în mod deosebit pe definirea clară a problemelor clientului, în condițiile utilizării optime a timpului disponibil (vezi itemii 1 și 6).

Dacă țintele intervenției nu sunt bine alese (în funcției de

stadiul terapiei, severitatea bolii, distresul asociat problemelor, speranța de rezolvare etc.) va fi dificil de înregistrat ameliorări, fie deoarece progresul este blocat de probleme mai centrale, fie deoarece clientul nu este suficient de interesat pentru a coopera fără rețineri. Stabilirea listei de probleme se face la începutul fiecărei ședințe, timp de aproximativ cinci minute și va cuprinde probleme foarte bine determinate (ex. dificultăți de concentrare, accese de plâns, îngrijorări frecvente legate de dificultăți curente etc.), numărul acestora fiind stabilit în funcție de timpul disponibil și ritmul de lucru al clientului; întotdeauna se trec pe listă și problemele rămase nerezolvate de data trecută. Aderarea la programul stabilit presupune o anumită doză de flexibilitate vizavi de nevoia modificării acestuia, atunci când servește progresului în terapie. Planificarea oferă garanția că aspectele cele mai pertinente sunt abordate într-o manieră eficientă.

O dată stabilite problemele de abordat în ordinea priorităților, terapeutul va conduce ședința limitând discuțiile colaterale și asigurându-se că nu se trece la o altă problemă până când cea anterioară nu a fost complet rezolvată. Ritmul de lucru se stabilește în funcție de capacitatea subiectului de a asimila noile informații, replanificând temele de discuție, atunci când nu mai este timp să se ajungă la o soluție utilă clientului.

> *<u>Exemplu:</u> În urma unei discuții dintre terapeut și client, cei doi au căzut de comun acord că vor pune pe listă următoarele probleme: certuri frecvente cu colegii la locul de muncă și lipsa motivației pentru progresul în carieră. Clientul s-a declarat mulțumit de conținutul listei stabilite. Ședința a început cu abordarea primului punct: certuri cu colegii la locul*

de muncă; pe parcurs, discuția a virat spre subiectul motivației de a-ți realiza scopurile, reducând din timpul alocat problemei respective. Ritmul discuției a fost mult încetinit de abordarea unor detalii nesemnificative. În finalul ședinței, s-a reușit rezolvarea primei probleme de pe listă, cealaltă fiind amânată pentru întâlnirea viitoare.
Interpretare: Conlucrând cu pacientul, terapeutul a reușit să stabilească două probleme importante, bine determinate, care urmau să fie abordate în intervenție. Întrucât nu au fost stabilite prioritățile și alocat timpul necesar epuizării fiecărui punct din discuție, s-a reușit abordarea unei singure probleme, cealaltă fiind amânată. Direcția discuției s-a îndreptat logic spre rezolvarea primei probleme, dar au existat dificultăți în controlul discuțiilor colaterale și a ritmului de lucru.

Ca factor curativ responsabil de eficiența majorității intervențiilor terapeutice (indiferent de orientarea teoretică a utilizatorului), tipul de relație client-terapeut marchează în mod semnificativ evoluția și rezultatele tratamentului (David și colab. 2000). Cercetările asupra eficienței psihoterapiei efectuate pe parcursul secolului XX au fost sumarizate și prezentate recent într-o lucrare a lui Lambert și Barley (2002). Rezultatele privind contribuția diverselor componente ale tratamentului psihoterapeutic asupra eficienței acestuia arată că: (1) relația terapeutică contribuie cu aproximativ 30-35% la eficiența psihoterapiei, (2) tehnicile de intervenție psihoterapeutică acoperă 15%,

(3) efectul placebo (speranța și expectanța de însănătoșire) acoperă 15% și (4) factorii personali ai pacientului (factori psihologici și de educație, factori economici, suportul social disponibil) acoperă aproximativ 35-40%.

Un principiu de bază al REBT este necesitatea existenței unei relații de colaborare între terapeut și client; aceasta ia forma unei alianțe terapeutice în care cei doi parteneri lucrează împreună pentru a învinge un dușman comun: distresul clientului (itemii 2, 3, 4, 5). În acest context, este esențial ca raporturile dintre terapeut și client să fie armonioase și lipsite de inhibiții de o parte sau cealaltă. Atitudinea în măsură să faciliteze încrederea și implicarea totală a clientului vizează autenticitatea, lipsa de falsitate și sinceritatea profesionistului din fața sa.

Pe tot parcursul intervenției, o sarcină de bază a terapeutului este de a surprinde cu acuratețe cognițiile și comportamentele centrale perspectivei clientului și modul în care acestea îi determină simptomatologia invalidantă. Realizarea acestui deziderat presupune o observare atentă a clientului, pentru a-i surprinde întreaga gamă de reacții verbale și nonverbale și efort îndreptat spre verificarea repetată a înțelegerii mesajului comunicat de către client, ceea ce permite o conceptualizare acurată a problemei cu care se prezintă acesta. Mai mult, reflectarea corectă a dificultăților întâmpinate, a gândurilor și sentimentelor clientului, crește încrederea sa în capacitatea specialistului de a-l ajuta să-și rezolve problemele.

Exemplu: (parafrazare corectă; terapeutul a surprins integral mesajul transmis de clientă).
Clienta: Am o relație îngrozitoare cu prietenul meu

în ultimul timp. Se poartă de parcă aş fi proprietatea lui personală. Mi-a spus că dacă mai ies în oraş cu prietenele mele fără să-l anunţ, o să-şi găsească altă iubită şi mi-e teamă că a vorbit serios.
Terapeutul: Laura, spui că relaţia cu prietenul tău merge tot mai prost, că este foarte posesiv şi îţi este teamă că şi-ar putea găsi o altă prietenă?

Un alt aspect fundamental al colaborării terapeut-client este organizarea şedinţei în jurul unei probleme relevante pentru ambii parteneri la actul psihoterapeutic. Dacă ţintele terapiei, metodele utilizate sau explicaţiile furnizate vis a vis de logica din spatele intervenţiei nu satisfac expectanţele clientului, este posibil ca el să se orienteze spre un scop diferit. Sondarea repetată a măsurii în care clientul înţelege formulările şi linia de argumentare utilizate de către terapeut, precum şi sumarizarea frecventă a aspectelor relevante discutate se impun ca şi condiţii ale succesului terapiei.

3.2. Conceptualizare, strategie, tehnică

În continuare, scala urmăreşte ţintit eficienţa terapeutului în surprinderea mecanismului cognitiv subiacent problemelor clientului, strategia şi tehnicile utilizate, aspecte acoperite de itemii 7-11 (explorare dirijată, focalizare pe cogniţii şi comportamente cheie, strategia de schimbare, aplicarea tehnicilor cognitiv-comportamentale, tema de casă).

Se are în vedere bagajul de tehnici cognitiv-comportamentale stăpânite de psihoterapeut, corectitudinea utilizării acestora, precum şi creativitatea şi flexibilitatea subiectului evaluat în

selectarea şi aplicarea celor mai eficiente metode pentru soluţionarea problemelor clientului.

În REBT, faza de intervenţie, ce urmează stabilirii problemelor ţintă, cuprinde trei momente de bază: conceptualizarea problemei clientului (explicarea acesteia prin identificarea cogniţiilor şi comportamentelor centrale), elaborarea strategiei de schimbare (adică selectarea metodelor şi tehnicilor adecvate conceptualizării făcute şi articularea acestora într-un ansamblu coerent) şi aplicarea corectă a acestora (ca şi condiţie sine qua non a eficienţei terapiei).

În conceptualizare, terapeutul realizează integrarea cogniţiilor, emoţiilor şi comportamentelor identificate prin tehnici specifice într-o structură coerentă, stabilind totodată care dintre cogniţiile şi comportamentele evidenţiate sunt centrale şi vor constitui ţinta intervenţiei într-o anumită etapă a terapiei. Constituirea acestui „cadru integrativ" (supus în permanenţă revizuirii) va ghida ulterior selectarea celor mai eficiente metode de intervenţie, conferind actului terapeutic structură şi unitate. Itemul opt al scalei vizează tocmai aceste două dimensiuni: utilizarea unor tehnici adecvate pentru surprinderea credinţelor iraţionale, gândurilor automate, asumpţiilor subiacente şi comportamentelor clientului (ex., întrebările directe, tehnica imageriei, jocul de rol, observarea schimbării dispoziţiei clientului pe parcursul terapiei, înregistrarea zilnică a gândurilor disfuncţionale etc.) şi integrarea acestora într-o conceptualizare a problemei clientului.

O strategie de bază în REBT este explorarea dirijată, în cadrul căreia terapeutul are la dispoziţie o mulţime de instrumente de intervenţie: identificarea inconsistenţelor logice şi

a contradicțiilor prin chestionare inductivă, testarea ipotezelor, experimentarea, cântărirea avantajelor și dezavantajelor etc. Această opțiune metodologică vine ca o continuare firească a ideii de cooperare fără reținere între terapeut și client, centrală REBT. Strategia de schimbare decurge logic din conceptualizarea problemei și include cele mai oportune tehnici de intervenție cognitiv-comportamentală, îndreptate spre: înlocuirea credințelor iraționale cu credințe raționale, testarea gândurilor automate, modificarea asumpțiilor subiacente și schimbarea comportamentelor. Itemul nouă evaluează punctual măsura în care terapeutul a reușit să structureze o strategie coerentă de schimbare, în strânsă legătură cu conceptualizarea făcută, logica din spatele selecției tehnicilor utilizate fiind ușor de surprins.

Cel de-al treilea moment al intervenției terapeutice se referă la aplicarea corectă a tehnicilor selectate, fără de care o strategie cât de corectă nu poate duce la rezolvarea problemelor clientului. Itemul zece al scalei evaluează profesionalismul și abilitatea de care dă dovadă terapeutul în aplicarea tehnicilor de modificare a credințelor iraționale, gândurilor automate, asumpțiilor subiacente și comportamentelor țintă identificate (nu și a metodelor specifice de identificare a cogniților – itemul opt), făcând abstracție de rezultatele implementării acestora (au adus sau nu schimbările dorite).

Exemplu de disputare a unei credințe iraționale („Prietenul meu trebuie să îmi respecte întotdeauna dorințele") prin căutarea argumentelor empirice.
Clienta: Mi se pare normal să pretind ca prietenul meu să îmi respecte întotdeauna dorințele.
Terapeutul: Ți se pare că o astfel de pretenție este

consecventă cu realitatea în care trăim? Dacă ar exista dovezi care să susțină că întotdeuna prietenul unei femei trebuie să îi respecte dorințele ce crezi că s-ar întâmpla?
Clienta: Mi-ar respecta întotdeauna dorințele. Aha, înțeleg...nu prea se întâmplă așa. Pretind să se întâmple întotdeuna ceva care uneori nu se întâmplă.
Terapeutul: Așa este, ai sesizat bine. Desigur că ai prefera să se întâmple mereu astfel, dar asta nu înseamnă că așa trebuie să stea lucrurile întotdeuna, pentru că într-adevăr ar putea exista și situații în care prietenul tău nu îți respectă dorințele.

În REBT, clientul este încurajat să își identifice și să își dispute credințele iraționale, înlocuindu-le cu credințe raționale, adaptative. Dobândirea abilității de identificare, disputare și schimbare a credințelor iraționale presupune insistență și multă practică; prin verificarea sistematică a temelor făcute se identifică și corectează erorile de înțelegere, transformând psihoterapia într-un proces activ, care presupune implicare.

Întrucât este un instrument de evaluare a actului terapeutic desfășurat *pe parcursul unei ședințe*, scala nu cuprinde itemi specifici pentru evaluarea rezultatelor terapiei. În aceste condiții, verificarea sistematică a temei de casă constituie o modalitate binevenită de apreciere a succesului terapeutului în explicarea aspectelor abordate și eficienței practice a ședinței.

Realizarea temei de casă constituie un aspect crucial al intervenției, permițând atât asimilarea completă a noilor

perspective şi experimentarea noilor comportamente, cât şi transferul conceptelor învăţate în cursul terapiei în mediul ecologic al clientului. Totodată, prin aceasta se realizează un deziderat de bază al tuturor terapiilor cognitiv-comportamentale şi anume stimularea autocontrolului, în opoziţie cu dependenţa faţă de terapeut, facilitând astfel menţinerea rezultatelor obţinute şi după încheierea intervenţiei.

Exemplu: (stabilirea temei de casă)

Pasul I: (prezentarea logicii teme) - s-a stabilit, de comun acord, că anxietatea resimţită în momentul iniţierii unei discuţii cu o persoană străină este foarte puternică, iar eficienţa clientului în disputarea credinţei iraţionale subiacentă emoţiei disfuncţionale („Nu trebuie să mă fac niciodată de râs în faţa nimănui") trebuie îmbunătăţită prin exerciţiu. În consecinţă, în prezentarea temei de casă terapeutul a insistat pe disputarea şi înlocuirea credinţei iraţionale în condiţiile expunerii în imaginar la stresorul identificat.

Pasul II: (stabilirea temei de casă) – în concordanţă cu explicaţia anterioară, clientului i s-a cerut să îşi imagineze detaliat două situaţii pe care le întâlneşte destul de frecvent şi în care trebuie să iniţieze discuţii cu persoane străine. În momentul experienţierii stării de anxietate, clientul îşi va identifica, disputa şi înlocui credinţa iraţională cu alternativa ei raţională („Mi-ar plăcea să nu mă fac de râs în faţa oamenilor"). În acest scop, va utiliza fişa de automonitorizare prezentată mai jos:

SITUAŢIA	*Descrierea evenimentului extern care a declanşat distresul*
RĂSPUNS: TRĂIREA EMOŢIONALĂ	*Tipul de emoţie (ex. anxios, supărat etc.)* *Intensitatea emoţiei pe o scală 1-100*
GÂNDUL AUTOMAT DISFUNCŢIONAL/ IRAŢIONAL	*Descrierea gândului* *În ce măsură îl consideraţi adevărat, pe o scală de la 0-100*
DISPUTAREA GÂNDULUI IRAŢIONAL	*ARGUMENTE:*

GÂNDUL AUTOMAT FUNCȚIONAL/ RAȚIONAL CARE, DACĂ AR ÎNLOCUI GÂNDUL AUTOMAT DISFUNCȚIONAL/IRAȚIONA, AR REDUCE CONSECINȚELE NEGATIVE ALE ACESTUIA	*Descrierea gândului* _____ _____ _____ *În ce măsură îl considerați adevărat, pe o scală 0-100:* _____ _____
REZULTATE	*În ce măsură considerați adevărat gândul irațional pe o scală de la 0-100:*_____ _____ _____ *Tipul de emoție resimțită acum* _____ _____ *Intensitatea emoției resimțite acum, pe o scală de la 0-100:* _____

<u>Pasul III:</u> (sondarea reacțiilor și identificarea posibilelor dificultăți) – s-a realizat prin întrebări ca: „Pare utilă tema?", „Este accesibilă?", „Este clară sarcina?", „Aveți întrebări referitoare la modul de realizare a temei și completare a fișei de automonitorizare?".

3.3. Considerente suplimentare

Partea a treia a scalei este dedicată identificării factorilor ce pot servi la optimizarea REBT, fiind acoperită de itemii 12 și 13. În cadrul acesteia, se urmărește evaluarea capacității terapeutului de a depăși cu abilitate problemele inerente apărute pe parcursul ședinței, precum și identificarea factorilor care ar putea justifica devierea actului terapeutic de la forma standard asumată de scală, deschizându-se astfel drum completării și perfecționării acesteia.

Această secțiune oferă și posibilitatea de a cota măsura în care terapeutul a rezolvat dificultățile apărute în relația cu clientul său, mișcându-se în cadrul conceptual al REBT.

<u>Exemplu: (evidențierea inconsistențelor logice și a contradicțiilor)</u>

Încercând să utilizeze jocul de rol pentru a sonda cognițiile clientei într-o situație de natură interpersonală, terapeutul se lovește de refuzul acesteia de a participa.

Terapeutul: Ce crezi că se va întâmpla dacă eu aș juca rolul prietenului tău și tu ai purta o conversație cu mine?

Clienta: M-aș simți foarte prost.

Terapeutul: La ce anume te gândești când spui asta?

Clienta: Aș fi ridicolă. M-aș face de râs în fața ta.

Terapeutul: Cum așa?

Clienta: Păi, aș fi artificială și știu că ai râde de mine.

Terapeutul: Păi hai să presupunem că aș râde de tine. Dacă ar fi așa, ce crezi că s-ar întâmpla?

Clienta: Ar fi groaznic și cred că m-ai considera o proastă.

Terapeutul: Cu câteva ședințe în urmă când am vărsat paharul de suc pe mine și tu ai râs de mine. Ți se pare că a fost un eveniment chiar atât de catastrofal?
Clienta: Ei, nici chiar așa! Am râs și eu puțin, nu trebuie să o iei ca pe ceva foarte serios.
Terapeutul: Și bănuiesc că dacă totuși mai vii la terapie, nu mă crezi chiar un prost notoriu, sau...
Clienta: Dar nici nu mi-a trecut prin cap...Bine, bine...n-ar fi chiar așa de rău dacă nu m-aș descurca și tu ai râde puțin de mine.

3.4. Evaluare globală și comentarii

În ultima secțiune a scalei, se oferă evaluatorului șansa de a-și exprima punctul de vedere asupra prestației generale a terapeutului și abilităților sale și de a face comentarii și sugestii pentru ameliorarea performanței acestuia (itemii 14, 15, 16, 17, 18).

Venind în sprijinul eforturilor permanente de a conferi validitate empirică terapiei rațional-emotive și comportamentale, scala pune la dispoziția evaluatorilor și un mijloc de apreciere a profesionalismului subiectului evaluat, sub aspectul oportunității includerii acestuia într-un studiu asupra eficienței terapiei rațional-emotive și comportamentale.

În fine, instrumentul permite ponderarea cotei acordate prestației unui terapeut în funcție de cât de dificil este clientul cu care a lucrat.

4. Administrare și cotare

Scala se administrează doar individual, de către un evaluator pregătit în acest sens. Acesta fie observă direct o ședință de psihoterapie, fie urmărește înregistrarea video sau audio a unei astfel de ședințe și acordă puncte ghidându-se după manualul de cotare prezentat mai jos.

Materiale necesare

- Itemii scalei;
- Manualul de cotare;
- Înregistrarea audio sau video a ședinței (recomandată și în cazul evaluării directe a ședinței de psihoterapie);
- Instrument de scris.

Condiții de administrare

Pentru observația directă

- Mediu securizant și ferit de zgomote;
- Mobilier și iluminare adecvate, care să permită desfășurarea evaluării în bune condiții.

Pentru evaluarea înregistrărilor

- Înregistrări video sau audio clare ale ședinței de psihoterapie.

Manualul de cotare al Scalei de Evaluare a Intervenției în Psihoterapia Rațional-Emotivă și Comportamentală (Rational Emotive Behavior Therapy Rating Scale – REBTRS)

Instrucțiuni generale pentru evaluatori:

Aspectul cel mai problematic observat la evaluatori constă în „efectul de halo". Când evaluatorul consideră că terapeutul este bun, va avea tendința de a-l cota bine pe toate categoriile. Reversul este, de asemenea, valabil atunci când evaluatorul apreciază că ședința a fost slabă.

Unul dintre rolurile de bază ale REBTRS este tocmai identificarea *punctelor tari* și a *punctelor slabe* specifice fiecărui terapeut în parte. Se întâmplă foarte rar ca un terapeut să fie, în mod uniform, bun sau slab. Ar fi util, așadar, ca în timp ce urmăresc o ședință, evaluatorii să noteze observații pozitive și negative, în loc să se concentreze pe formarea unei impresii generale.

O a doua problemă constă în tendința unor evaluatori de a se baza doar pe propriul lor mod de interpretare a gradațiilor unei scale (ex. 4 înseamnă nivel mediu), ignorând descrierile oferite. Problema, în acest caz, este sensul particular pe care fiecare dintre noi îl atașăm diferitelor gradații de pe o scală cu 6 nivele. Cei mai severi evaluatori notează cu 1 fiecare performanță „nesatisfăcătoare" a terapeutului, în timp ce evaluatorii foarte indulgenți dau ușor 5 atunci când terapeutul „a făcut o treabă bună" sau „s-a străduit mult".

Descriptorii pe care scala îi pune la dispoziție au rolul de a asigura consensul interevaluatori. De aceea, recomandarea noastră este *să vă bazați notarea pe descrierile oferite*, ori de câte ori acest lucru este posibil. Nu vă faceți probleme dacă scorul numeric obținut nu concordă cu impresia generală pe care v-a făcut-o terapeutul (în definitiv, puteți să vă exprimați impresia generală în evaluarea globală de pe ultima pagină).

Singura excepție de la regulă ar trebui să apară atunci când descriptorii oferiți nu redau problemele și comportamentele particulare observate la terapeut. În acest caz, lăsați-i la o parte și optați pentru scala mai generală oferită în instrucțiuni. Când apar astfel de excepții, ar fi util ca evaluatorii să observe de ce descriptorii nu au putut fi folosiți, astfel ca scala să poată fi perfecționată în viitor.

1. PLANIFICAREA ŞEDINŢEI (LISTA DE PROBLEME)

1.1. Obiective:

Deoarece psihoterapia (terapia) raţional-emotivă şi comportamentală este o terapie de scurtă durată, orientată spre rezolvarea de probleme, timpul limitat disponibil pentru fiecare întâlnire trebuie utilizat în mod judicios. La începutul fiecărei şedinţe, terapeutul în colaborare cu pacientul, vor stabili împreună o listă de probleme specifice care vor fi abordate pe parcursul întâlnirii. Această planificare oferă garanţia că aspectele cele mai pertinente sunt abordate într-o manieră eficientă.

1.2. Strategii terapeutice dezirabile:

Planificarea începe cu *o scurtă trecere în revistă a experienţelor trăite de pacient de la ultima şedinţă.* Această trecere în revistă include evenimente importante din ultima săptămână, discuţii şi feedback referitoare la tema de casă, precum şi starea emoţională curentă a pacientului (indicată de scoruri la BDI, scoruri la STAI sau alte scale clinice, precum şi de raportul verbal al pacientului despre progresul înregistrat).

Deoarece psihoterapia raţional-emotivă şi comportamentală este o terapie de scurtă durată se bazează, în mare măsură, pe identificarea unor probleme ţintă bine determinate. În lipsa problemelor ţintă, terapia devine mult mai puţin centrată, mult mai puţin eficientă şi, deci,

mult mai lentă. Dacă problema ţintă nu este bine aleasă, terapeutul va întâmpina dificultăţi în a înregistra ameliorări, fie deoarece o altă problemă, mai centrală, blochează progresul, fie deoarece pacientul nu este suficient de interesat de aceasta pentru a coopera fără reţineri. În unele situaţii, o problemă ţintă poate să fie una centrală şi, totuşi, să nu răspundă pozitiv la tratament într-o anumită etapă a terapiei.

Aşadar, la începutul şedinţei, terapeutul împreună cu pacientul vor stabili lista problemelor pe care ar dori să le abordeze pe parcursul orei respective. Aceasta poate include de la simptome depresive specifice, cum sunt apatia, lipsa motivaţiei, accesele de plâns sau dificultăţile de concentrare, până la probleme practice din viaţa pacientului ca dificultăţile maritale, aspecte legate de carieră, îngrijorări în legătură cu creşterea copiilor sau dificultăţi financiare.

După stabilirea listei cu tematicile posibile, pacientul şi terapeutul discută şi selectează problemele ce vor fi abordate în şedinţa respectivă, ordinea în care acestea vor fi tratate şi, dacă este necesar, timpul alocat fiecăreia. În *stabilirea priorităţilor* este bine să se ţină seama de: (1) stadiul în care a ajuns terapia, (2) severitatea problemelor emoţionale sau comportamentale, (3) prezenţa ideaţiei suicidare, (4) nivelul de distres asociat fiecărei probleme, (5) probabilitatea de a progresa în rezolvarea problemei şi numărul de aspecte ale vieţii afectate de o anumită problemă.

Unele dintre cele mai frecvente greşeli observate la terapeuţii începători sunt: (1) eşecul în stabilirea unor probleme specifice care să constituie ţinta terapiei; (2) abordarea unei probleme periferice în locul uneia centrale; (3) tendinţa de a trece de la o problemă la alta pe parcursul şedinţei de psihoterapie în loc să insiste pe un număr mic de probleme (una sau două) până la rezolvarea satisfăcătoare a acestora.

De regulă, în fazele incipiente ale terapiei sau atunci când se lucrează cu pacienţi cu depresie severă, fixarea unor scopuri comportamentale aduce beneficii mai mari în comparaţie cu unele strict cognitive. Pe măsură ce terapia progresează, accentul trece de pe ameliorarea unor simptome depresive specifice (cum ar fi inactivitatea, autocritica excesivă, lipsa de speranţă, accesele de plâns şi dificultăţile de concentrare) pe probleme mai generale (ca temerile legate de profesie, scopurile în viaţă şi conflictele interpersonale).

Procesul selectării unei probleme ţintă implică o anumită doză de „încercare şi eroare". Este bine ca terapeutul să respecte, pe parcursul şedinţei, programul stabilit. Totuşi, uneori, este indicat ca şi terapeutul şi pacientul să fie receptivi la necesitatea schimbării problemei stabilite, dacă se constată că aceasta este mai puţin importantă sau nu poate fi abordată eficient în acea etapă a terapiei. De reţinut însă că înlocuirea problemei ţintă trebuie să fie rezultatul unei decizii de comun acord şi să urmeze unei discuţii asupra raţiunii de a opera respectiva schimbare. Dacă terapeutul schimbă tematica discuţiei fără

să explice de ce a procedat astfel, decizia poate fi interpretată de către pacient ca o dovadă că problema respectivă nu poate fi rezolvată, fiind fără speranţă.

Stabilirea problemei ţintă transmite clientului mai multe mesaje: (1) subliniază de la început faptul că terapeutul împreună cu clientul se află acolo pentru a colabora astfel încât clientul să îşi rezolve problemele emoţionale, (2) exprimă faptul că REBT reprezintă o abordare în rezolvarea problemelor emoţionale eficientă şi ţintită şi (3) indică faptul că terapeutul se va implica activ şi îşi va orienta de la început clientul către discutarea problemelor acestuia.

În orientarea clientului spre o problemă ţintă se pot utiliza mai multe strategii; astfel, clientul poate fi rugat să aleagă problema care îl interesează cel mai mult („Cu ce problemă ai dori să începem?"). În acest caz, clientul poate să aleagă (sau să nu aleagă) problema cea mai gravă pe care o are. Cea de-a doua strategie este de a cere clientului să înceapă cu problema cea mai gravă („Ce te deranjează cel mai mult în viaţa ta acum?") (Dryden şi DiGiuseppe, 2003).

În REBT se face distincţie între problemele practice şi problemele emoţionale. Deşi problemele de pe lista de probleme sunt în mare măsură formulate în termenii propuşi de client, fiecare astfel de problemă va fi ulterior analizată şi descompusă în probleme practice şi probleme emoţionale, abordate pe rând.

Totodată, terapeutul trebuie să fie deschis la dorinţele pacientului de a discuta sau „ventila" legat de subiecte care

sunt importante pentru el la un moment dat, deşi acestea nu sunt utile în perspectivă sau nu prezintă interes pentru terapeut. Acest gen de flexibilitate circumscrie, în psihoterapia raţional-emotivă şi comportamentală, ideea de relaţie colaborativă.

Stabilirea listei de probleme trebuie făcută rapid şi eficient. Terapeutul va evita discutarea conţinutului subiectelor listate, înainte de finalizarea planificării. Mai mult, lista nu trebuie să fie exagerat de ambiţioasă; este imposibil de abordat mai mult de una sau două probleme pe parcursul unei întâlniri. Când este făcută corect, planificarea poate fi, de regulă, realizată în cinci minute.

2. FEEDBACK-UL

2.1. Obiective:

Este important ca terapeutul să stimuleze cu tact pacientul să-şi exprime reacţiile pozitive şi negative vizavi de toate aspectele terapiei. Feedback-ul presupune, de asemenea, verificări repetate pentru ca terapeutul să se asigure că pacientul a înţeles intervenţia sa, formulările şi linia de argumentaţie, precum şi faptul că el a înţeles cu claritate problemele majore ale pacientului.

2.2. Strategii terapeutice dezirabile:

Terapeutul se străduieşte, pe parcursul fiecărei şedinţe, să se asigure că pacientul răspunde pozitiv la actul terapeutic. Începând cu această primă şedinţă, el surprinde cu grijă gândurile şi stările afective ale pacientului vizavi de toate aspectele terapiei. În mod obişnuit, terapeutul va cere pacientului *să evalueze fiecare şedinţă* şi îl va încuraja să-şi exprime *orice reacţie negativă* faţă de terapeut, faţă de modul de abordare a oricărei probleme, faţă de tema de casă, etc. Este necesar, de asemenea, ca terapeutul să surprindă reacţiile negative mascate ale pacientului, fie că sunt exprimate verbal sau nonverbal, şi să sondeze gândurile acestuia atunci când observă astfel de indicii. Ori de câte ori este posibil, terapeutul se va consulta cu pacientul referitor la modul în care se va proceda în continuare sau va oferi acestuia posibilitatea să aleagă dintre variante alternative de acţiune.

O ultimă trăsătură a procesului de feedback constă în *verificările repetate pe care terapeutul le face pentru a se asigura că pacientul înțelege formulările sale.* Deseori pacienții cu probleme emoționale severe se fac că înțeleg din simplă complianță. Așadar, terapeutul trebuie să ofere sistematic *recapitulări concise* a ceea ce s-a întâmplat în timpul ședinței și să ceară pacientului să rezume punctele principale atinse pe parcursul întâlnirii. De fapt, este deseori indicat ca pacientul să noteze aceste concluzii pentru a le putea revedea pe parcursul săptămânii. La fel, este important ca terapeutul să prezinte parafrazat ceea ce el crede că a vrut să îi comunice pacientul și să ceară acestuia să modifice, să corecteze sau să ajusteze versiunea prezentată.

3. COMPREHENSIUNEA

3.1. Obiective:

Terapeutul comunică, în mod limpede, faptul că a înțeles gândurile și trăirile afective ale pacientului. „Înțelegerea" se referă la cât de bine reușește terapeutul să pătrundă în lumea pacientului său, să vadă și să experiențieze viața așa cum o face acesta și să-i comunice această reușită pacientului. Noțiunea de „înțelegere" include ceea ce alți autori numesc deprinderi de ascultare și empatice.

3.1. Substratul logic:

Deseori, un terapeut ineficient interpretează greșit sau ignoră punctul de vedere al pacientului său și proiectează în mod eronat asupra acestuia propriile sale atitudini, atitudini convenționale sau atitudini derivate dintr-un anumit sistem teoretic. Când se întâmplă acest lucru, este foarte posibil ca intervenția să eșueze, deoarece aceasta va fi orientată spre cogniții sau comportamente care nu sunt centrale perspectivei pe care pacientul o are asupra vieții.

3.2. Strategii terapeutice dezirabile:

Terapeutul trebuie să fie atent atât la mesajul explicit transmis de către pacient, cât și la mesajele mascate exprimate prin tonul vocii sau răspunsuri nonverbale. Spre

exemplu, se întâmplă uneori ca pacientul să nu conştientizeze o anumită trăire afectivă (cum ar fi mânia), pe care însă o comunică terapeutului prin tonul vocii sale, în momentul în care descrie un anumit eveniment sau persoană.

Dacă terapeutul este incapabil să surprindă „realitatea interioară" a pacientului său, este puţin probabil că va reuşi să intervină eficient. Mai mult, el va întâmpina dificultăţi în stabilirea relaţiei cu pacientul, dacă acesta nu este convins că terapeutul îl înţelege. Exprimând prin parafrazări şi sumarizări trăirile afective ale pacientului, terapeutul îi poate indica acestuia faptul că îl înţelege. Totodată, tonul vocii şi răspunsurile nonverbale sunt un bun mijloc prin care terapeutul poate comunica pacientului faptul că a înţeles punctul său de vedere (cu toate că el trebuie să-şi păstreze poziţia obiectivă faţă de problemele pacientului).

În mod ideal, faptul că terapeutul surprinde „realitatea interioară" a pacientului său va duce la o conceptualizare corectă a problemei acestuia şi apoi, la o strategie de schimbare eficientă.

3.3. Considerente speciale în evaluare:

„Comprehensiunea" pare să fie una dintre cele mai dificile categorii din punctul de vedere al obţinerii acordului interevaluatori. Este necesar, aşadar, ca evaluatorii să fie deosebit de atenţi la descriptorii oferiţi pentru fiecare nivel al scalei în parte.

Nivelul 0 semnifică faptul că terapeutul a înţeles complet greşit ceea ce a dorit pacientul să-i comunice. Pentru a primi punctaj 0, trebuie ca terapeutul să fi eşuat în a reproduce precis până şi cele mai evidente aspecte ale spuselor pacientului.

Nivelul 2 se potriveşte terapeuţilor prea centraţi pe ceea ce e evident sau colaterali cu esenţa celor comunicate. Aceştia pot reda mesajul explicit transmis de către pacient, dar fie reacţionează greu la conotaţiile mai puţin evidente care sugerează că este vorba de ceva mai mult, fie reproduc cu acurateţe aspecte periferice, omiţând ideea centrală din comunicarea pacientului.

Nivelurile 4 şi 6 indică faptul că terapeutul este în măsură să surprindă punctul de vedere al pacientului. Totuşi, nivelul 6 presupune atât o mai mare abilitate de a comunica pacientului o profundă înţelegere a situaţiei sale, cât şi o mai abilă surprindere a realităţii acestuia, exprimată în capacitatea terapeutului de a anticipa cum şi de ce reacţionează pacientul aşa cum o face, în anumite situaţii particulare.

4. EFICIENȚA INTERPERSONALĂ

4.1. Obiective:

Terapeutul format în REBT trebuie să manifeste niveluri optime de empatie, preocupare, încredere, sinceritate și profesionalism.

4.2. Substratul logic:

O multitudine de studii experimentale dovedesc rolul important al acestor „factori nespecifici" în obținerea unor rezultate pozitive în terapie. Pentru terapeuții formați în REBT, aceste deprinderi interpersonale sunt esențiale în inițierea colaborării cu pacientul.

4.3. Strategii terapeutice dezirabile:

Terapeutul trebuie să poată comunica faptul că este sincer, deschis și lipsit de falsitate. El trebuie să evite să se comporte într-o manieră disprețuitoare sau condescendentă și să nu ocolească niciodată întrebările pacientului. Așadar, terapeutul experimentat nu pare să joace un rol de psihoterapeut, ci lasă impresia de onestitate și nefățărnicie.

Pe lângă această deschidere, terapeuții vor manifesta căldură și preocupare prin ceea ce spun sau prin comportamentele lor nonverbale, cum sunt tonul vocii și contactul vizual. O atenție deosebită se impune în cursul chestionării pacientului, pentru a nu adopta o atitudine

critică, dezaprobatoare sau disprețuitoare la adresa punctului de vedere prezentat de acesta. Terapeutul poate folosi și încuraja frecvent umorul în stabilirea unei relații pozitive.

Este, de asemenea, esențial ca terapeuții să adopte o atitudine profesionistă. Fără a părea distant sau rece, terapeutul format în REBT va manifesta o încredere calmă în capacitatea sa de a ajuta pacientul să își depășească problemele. Această încredere va funcționa ca antidot parțial la lipsa de speranță în fața viitorului cu care se prezintă pacientul. O astfel de atitudine mai facilitează pentru terapeut adoptarea unui rol directiv, impunerea structurii de lucru, credibilitatea în prezentarea unor perspective alternative. Deși responsabilitatea față de procesul terapeutic este împărțită între cei doi protagoniști, terapeutul eficient trebuie să poată folosi ascendentul pe care i-l oferă calitatea lui de profesionist, atunci când este nevoie.

4.4. Considerente speciale în evaluare:

Eficiența interpersonală constituie o altă categorie pentru care acordul interevaluatori este greu de obținut.

Nivelul 0 se utilizează în cazul terapeuților ale căror deprinderi interpersonale deficitare sunt în măsură să genereze efecte negative asupra pacienților. Deoarece sunt ostili, reci sau foarte critici, acest gen de terapeuți pot submina stima de sine a pacienților și fac imposibilă dezvoltatea unei relații de încredere.

Nivelul 2 corespunde terapeuților care nu exercită efecte negative asupra pacienților cu care lucrează, dar pot încetini progresul în terapie printr-o atitudine nesinceră, distrată, nerăbdătoare sau neprofesionistă. Astfel de terapeuți nu vor putea utiliza ascendentul pe care îl au terapeuții ce sunt capabili să construiască o relație mai strânsă cu pacienții lor.

Nivelurile 4 și 6 indică abilități interpersonale bune; diferența dintre ele este doar de grad.

5. COLABORAREA

5.1. Obiective:

Unul dintre principiile fundamentale ale terapiei rațional-emotive și comportamentale este necesitatea existenței unei relații colaborative între pacient și terapeut. Această colaborare ia forma unei alianțe terapeutice în care terapeutul și pacientul lucrează împreună pentru a învinge un dușman comun: distresul pacientului.

5.2. Substratul logic:

Există cel puțin trei scopuri ale acestei abordări colaborative.

În primul rând, colaborarea asigură compatibilizarea obiectivelor pacientului și terapeutului la fiecare moment pe parcursul tratamentului. Astfel, se evită urmărirea de către cei doi protagoniști a unor scopuri contradictorii.

În al doilea rând, această abordare diminuează rezistența pacientului, care apare în mod frecvent atunci când terapeutul este perceput ca agresor sau competitor, sau atunci când acesta încearcă să-și controleze sau să-și domine pacientul.

În al treilea rând, alianța servește la prevenirea confuziilor în comunicarea dintre pacient și terapeut. Astfel de confuzii pot orienta terapeutul în direcții greșite sau pot face pacientul să interpreteze eronat ceea ce a încercat terapeutul să-i transmită.

5.3. Strategii terapeutice dezirabile:

a. Relația terapeutică. Acest termen semnifică înțelegerea armonioasă dintre oameni. În psihoterapia rațional-emotivă și comportamentală, această relație presupune sentimentul că terapeutul și pacientul lucrează împreună ca o echipă, că cei doi se simt bine împreună. Nici unul dintre ei nu se simte inhibat sau defensiv. Pentru a stabili această relație, terapeutul va manifesta în mod frecvent înțelegerea și calitățile interpersonale descrise de itemii 2, 3 și 4 ai REBTRS. Totuși, relația terapeutică înseamnă mai mult decât a exprima căldură și empatie. Ea presupune ca terapeutul să adapteze structura și stilul terapiei la nevoile și dorințele fiecărui pacient în parte.

b. Realizarea unui echilibru între menținerea unei structuri și autonomia acordată pacientului. Pentru a stabili o relație de colaborare, terapeutul trebuie să ajungă la un echilibru între a adopta o atitudine directivă și a impune o structură pe de o parte, și a acorda pacientului libertatea de a alege și de a-și asuma responsabilitatea, pe de alta. Acest echilibru înseamnă și faptul că el va decide când să vorbească și când să asculte; când să se angajeze în dispute și când să se retragă; când să ofere sugestii și când să aștepte ca pacientul să facă propriile lui sugestii.

c. Focalizarea pe probleme relevante atât pentru pacient, cât și pentru terapeut. Unul dintre cele mai importante aspecte ale colaborării este cunoașterea faptului că ședința este organizată în jurul unei probleme pe care atât pacientul, cât și terapeutul o consideră relevantă. Dacă

terapeutul nu este atent, în fiecare întâlnire, la dorințele pacientului, el poate continua să se centreze pe o problemă sau tehnică pe care acesta nu o consideră relevantă sau importantă. În acest caz, este posibil ca cei doi să înceapă să urmărească scopuri diferite, cu repercusiuni negative asupra relației de colaborare.

d. Explicarea logicii intervențiilor. Un alt element al procesului de colaborare constă în obligația terapeutului de a explica logica din spatele majorității intervențiilor sale. Prezentarea demersului logic demitizează procesul terapeutic, ușurând pentru pacient înțelegerea unei anumite abordări. Mai mult, atunci când pacientul percepe cu ușurință legătura dintre o temă de casă sau tehnică și soluția la problema sa, este mai probabil să fie motivat să se implice cu mai multă conștiinciozitate.

6. RITMUL DE LUCRU ŞI UTILIZAREA EFICIENTĂ A TIMPULUI

6.1. Obiective:

Scopul terapeutului este de a realiza cât poate de mult pe parcursul fiecărei şedinţe, având totuşi în vedere capacitatea actuală a pacientului de a asimila informaţii noi. Pentru a eficientiza utilizarea timpului disponibil, acesta trebuie să controleze suficient de bine situaţia, să limiteze discuţiile colaterale, să întrerupă discuţiile sterile şi să stabilească un ritm de lucru adecvat.

6.2. Strategii terapeutice dezirabile:

Sunt frecvente şedinţele în care terapeutul stabileşte un ritm de lucru mult prea lent sau, dimpotrivă, mult prea alert pentru un anumit pacient. Pe de o parte, există situaţii în care terapeutul fie insistă prea mult pe un aspect care deja a fost înţeles de către pacient, fie se angajează în adunarea unei cantităţi inutile de informaţii înainte să elaboreze o strategie de schimbare. În astfel de cazuri, şedinţele par obositor de lente şi ineficiente. Pe de altă parte, se întâmplă ca terapeutul să treacă de la un subiect la altul prea repede, înainte ca pacientul să fi putut să integreze o nouă perspectivă. De asemenea, există cazuri în care terapeutul începe intervenţia înainte să fi putut strânge suficiente date pentru conceptualizarea cazului.

Stabilirea listei de probleme oferă terapeutului o structură utilă în planificarea eficientă a timpului. Acesta

trebuie să monitorizeze cursul discuţiei şi *să controleze suficient de bine* structura fiecărei şedinţe pentru a se asigura că nici el, nici pacientul său nu se abat de la planificarea iniţială. Procedând astfel, vor fi abordate toate problemele centrale de pe listă. Aspectele rămase nerezolvate vor fi reprogramate.

În timpul stabilirii listei de probleme, prin contribuţia sa, terapeutul poate *limita abordarea subiectelor colaterale.* Totuşi, pe parcursul şedinţei discuţia poate să devieze, din neatenţie, de la problemele centrale de pe listă spre subiecte legate de acestea, dar lipsite de importanţă. În astfel de cazuri, terapeutul va întrerupe, cu tact, dialogurile colaterale şi va reorienta discuţia spre subiectele centrale.

Chiar şi atunci când se discută probleme centrale, dialogul terapeutic poate atinge un punct în care nu se mai înregistrează progrese. În situaţii de acest gen, terapeutul va întrerupe, cu tact, discuţia sterilă şi va încerca să abordeze problema dintr-o altă perspectivă.

7. EXPLORAREA DIRIJATĂ

7.1. Obiective:

Explorarea dirijată este una dintre strategiile de bază la care face apel un terapeut eficient. În psihoterapia raţional-emotivă şi comportamentală, utilizarea explorării şi a chestionării ca metode de a asista pacientul în identificarea unor noi perspective constituie o practică uzuală. Terapeutul va încerca să evite „interogarea" pacientului sau plasarea acestuia în defensivă.

7.2. Substratul logic:

S-a constatat că pacienţii adoptă mai uşor o nouă perspectivă atunci când li se permite să ajungă la propriile lor concluzii, în comparaţie cu situaţia în care terapeutul şi pacientul se lansează într-o polemică pe această temă. Din acest punct de vedere, terapeutul format în REBT se aseamănă mai mult cu un profesor experimentat, decât cu un avocat. El ghidează „elevul" spre a sesiza erorile logice din perspectiva sa curentă asupra lucrurilor, spre a examina dovezile ce contrazic credinţele sale, spre a aduna informaţii atunci când acestea sunt necesare pentru a testa o ipoteză, spre a studia noi alternative pe care poate că nu le-a luat niciodată în considerare şi spre a ajunge la concluzii valide în urma acestui demers. Tehnicile de modificare a cogniţiilor şi comportamentelor din cadrul acestei abordări terapeutice pot fi subsumate unei strategii bazale, numită de educatori „explorare dirijată". Aşadar,

testarea ipotezelor, empirismul, experimentarea, chestionarea inductivă, cântărirea avantajelor şi dezavantajelor etc. sunt tot atâtea instrumente la dispoziţia terapeutului în cadrul procesului de „explorare dirijată".

7.3. Strategii terapeutice dezirabile:

Metoda chestionării merită o atenţie deosebită, fiind centrală în procesul de explorare dirijată. Întrebările inteligent formulate şi prezentate într-o succesiune logică sunt, adesea, extrem de eficiente. O singură întrebare poate, în acelaşi timp, să facă pacientul să-şi dea seama de existenţa unui anumit domeniu problematic, să ajute terapeutul în evaluarea reacţiilor pacientului la contactul cu acest nou domeniu de interes, să furnizeze informaţii precise legate de această problemă, să genereze posibile soluţii la problemele pe care pacientul le crezuse de nerezolvat şi să pună sub semnul întrebării concluziile distorsionate la care ajunsese anterior pacientul.

Mai jos sunt listate unele dintre funcţiile pe care metoda chestionării le are în cadrul acestui proces:

a) Să încurajeze pacientul să iniţieze procesul de luare a deciziilor prin generarea de abordări alternative.
b) Să ajute pacientul în luarea unei decizii prin cântărirea aspectelor pro şi contra deja generate, reducând aşadar gama variantelor dezirabile.
c) Să stimuleze pacientul să se gândească la consecinţele menţinerii unor comportamente dezadaptative.

d) Să examineze posibilele avantaje ale adoptării unor comportamente mai adaptative.

e) Să determine *sensul* pe care pacientul îl dă unui eveniment particular sau unei categorii de situații.

f) Să ajute pacientul în definirea criteriilor după care aplică anumite autoevaluări dezadaptative (vezi discuția asupra tehnicii operaționalizării constructelor negative în partea a 9-a).

g) Să demonstreze pacientului modul în care se focalizează doar pe informații negative atunci când trage concluzii. În fragmentul de mai jos, o pacientă depresivă exprimă dezgustul față de sine însăși pentru faptul că a mâncat bomboane, deși ține dietă:

<u>Exemplu:</u>

Pacienta: Sunt o persoană slabă și lipsită de autocontrol.

Terapeutul: Pe ce te bazezi când spui asta?

Pacienta: Cineva mi-a oferit bomboane și nu am fost în stare să refuz.

Terapeutul: Ai mâncat bomboane în fiecare zi?

Pacienta: Nu, doar de data aceea.

Terapeutul: În ultima săptămână, ai făcut și ceva care să te ajute să te ții de dietă?

Pacienta: Păi, am rezistat ispitei de a cumpăra bomboane ori de câte ori le-am văzut la magazin...Și nu am mâncat deloc

bomboane decât atunci când mi s-a oferit și am simțit că nu pot refuza.

Terapeutul: Dacă ai compara de câte ori te-ai controlat și de câte ori nu te-ai controlat, ce raport ai obține?

Pacienta: Cam 100 la 1.

Terapeutul: Când spunem despre o persoană că este „slabă" este ca și cum am spune că întotdeauna acea persoană cedează inspitei și este lipsită de autocontrol. Așadar, dacă te-ai controlat de 100 de ori și nu te-ai controlat o singură dată, crezi că asta înseamnă că ești o persoană slabă?

Pacienta: Cred că nu ---nu sunt slabă dar am uneori momente când nu mă pot controla (zâmbește).

Terapeutul: Așadar mai corect ar fi să spunem că ești o persoană care uneori rezistă ispitei și se poate controla, iar alteori cedează. Cam ca toată lumea, nu?

Pacientă: Da, poate sunt prea severă uneori cu mine.

h) Să ilustreze pentru pacient modul în care el își întreține emoțiile disfuncționale repetându-și credințe iraționale, dezadaptative. În exemplul de mai jos, pacientul recunoaște că își alimentează singur sentimentul de vinovăție repetându-și pretenții absolutiste față de propria persoană.

Exemplu:

Pacientul: Nu am progresat deloc în terapie şi mă simt extrem de vinovat pentru asta.

Terapeutul: Şi când trăieşti acel sentiment de vinovăţie te gândeşti că...

Pacientul: Că nu sunt în stare să fac nici măcar atât.

Terapeutul: Înţeleg că e foarte important pentru tine să progresezi în terapie...

Pacientul: Măcat atât ar trebui să pot şi eu, nu?

Terapeutul: Oare cum crezi că te-ai simţi dacă ţi-ai repeta gândul acesta de două ori mai des decât acum?

Pacientul: Cumplit. Nici nu îmi pot imagina...da...foarte rău oricum.

Terapeutul: Dar dacă ţi l-ai repeta de două ori mai rar?

Pacientul: Aha,...cam aşa este...vinovăţia mea ţine de cât de mult îmi spun că ar trebui să progresez mai mult.

i) Să aducă în discuţie anumite probleme asupra cărora pacientul a tras prematur concluzii şi care continuă să-i influenţeze patternurile dezadaptative.

Astfel stând lucrurile, nu se pune totuşi problema ca terapeutul să utilizeze preponderent sau exclusiv chestionarea, în toate întâlnirile cu pacientul. Uneori, este indicat să ofere informaţii, să se angajeze în dispute, să explice, să împărtăşească, etc. mai degrabă decât să pună

întrebări. Raportul dintre utilizarea chestionării şi angajarea altor modalităţi de intervenţie depinde de specificul problemei abordate, caracteristicile pacientului şi etapa la care s-a ajuns în terapie. Oportunitatea utilizării unui anumit tip de intervenţie poate fi determinată prin urmărirea: efectelor sale asupra relaţiei de colaborare, nivelului de dependenţă pe care-l creează pacientului, succesului în a-l ajuta pe pacient să adopte un alt punct de vedere.

Deseori graniţa dintre *a-l ghida* pe pacient şi *a-l convinge* este extrem de fină. Există situaţii în care terapeutul trebuie să reia cu insistenţă unele aspecte deja stabilite de comun acord. Astfel că, distincţia majoră în a decide dacă terapeutul se comportă sau nu corespunzător nu se referă la faptul că acesta e insistent sau hotărât să-şi susţină punctul de vedere, ci la faptul că, per ansamblu, acesta pare *a coopera* cu pacientul mai degrabă decât *a polemiza* cu el. În fragmentul care urmează, terapeutul utilizează chestionarea pentru a demonstra pacientului consecinţele dezadaptative ale persistenţei în convingerea că trebuie *întotdeauna* să performăm la nivelul potenţialului nostru.

Exemplu:

Pacientul: Consider că întotdeauna trebuie să lucrez la nivelul potenţialului meu.

Terapeutul: De ce crezi asta?

Pacientul: Altfel aş pierde timpul de pomană.

Terapeutul: Dar care este scopul pe termen lung al faptului că lucrezi la nivelul potențialului tău?
Pacientul: (după o pauză lungă) Nu m-am prea gândit la asta. Întotdeauna am considerat că așa trebuie.
Terapeutul: Există unele lucruri plăcute la care trebuie să renunți pentru a lucra întotdeauna la nivelul potențialului tău?
Pacientul: Este mai dificil să mă relaxez și să plec în concediu.
Terapeutul: Cum ar fi să te relaxezi și să te simți bine la nivelul potențialului tău? Are asta vreo importanță pentru tine?
Pacientul: N-am pus niciodată problema în felul acesta.
Terapeutul: Poate că putem găsi o modalitate de a-ți acorda permisiunea să nu lucrezi de fiecare dată la nivelul potențialului tău.

Exemplu de utilizare greșită a metodei chestionării:

Modelul corect de aplicare prezentat mai sus poate fi pus în opoziție cu una dintre cele mai frecvente greșeli de stil observate la terapeuții în formare. Comportamentul terapeutului poate semăna uneori, în mod complet eronat, cu cel al unui agent de vânzare agresiv, convingându-și pacienții să adopte punctul său de vedere. Pentru a vedea diferența, oferim mai jos un scurt exemplu de abordare agresivă:

Pacientul: Mai nou, nu mă mai descurc deloc la școală.
Terapeutul: Dar e ușor de înțeles. Ești deprimat și când oamenii sunt deprimați nu pot învăța.
Pacientul: Cred că pur și simplu sunt prost.
Terapeutul: Dar tu te-ai descurcat foarte bine până acum un an când a decedat tatăl tău și tu ai făcut depresie.
Pacientul: Asta deoarece atunci îmi era mult mai ușor să învăț.
Terapeutul: Sunt sigur că există și lucruri pe care le faci foarte bine la școală. Probabil că exagerezi.

8. FOCALIZAREA PE COGNIȚII ȘI COMPORTAMENTE CHEIE

8.1. Obiective și substrat logic:

După ce terapeutul și pacientul au căzut de acord asupra unei probleme țintă centrale, pasul următor presupune ca terapeutul să conceptualizeze motivul pentru care pacientul se confruntă cu dificultăți în acel segment al vieții sale. Pentru a conceptualiza respectiva problemă, terapeutul trebuie să surprindă și să identifice credințele iraționale, gândurile automate cheie, asumpțiile subiacente, comportamentele etc. care circumscriu problema. Aceste *cogniții și comportamente specifice* vor servi apoi ca țintă în intervenție.

8.2. Conceptualizarea problemei:

Terapeutul eficient este în permanență angajat în procesul *de conceptualizare a problemei pacientului* în timp ce îl ajută pe acesta să-și identifice credințele iraționale, gândurile automate, asumpțiile, comportamentele etc. Prin această conceptualizare, terapeutul integrează cogniții, emoții și comportamente specifice într-un cadru mai larg, în măsură să explice dificultățile cu care se confruntă pacientul într-un anumit domeniu. Fără acest cadru integrativ (supus în permanență revizuirii), terapeutul este asemeni unui detectiv care are o mulțime de indicii, dar încă nu a rezolvat misterul (totuși, o dată ce probele încep să se lege unele de altele, natura „crimei" începe să prindă

contur). Terapeutul este în măsură să distingă între gândurile și comportamentele centrale problemei identificate și cele colaterale. Așadar, conceptualizarea ghidează terapeutul în încercarea de a decide pe care credințe iraționale, gânduri automate, asumpții sau comportamente să se focalizeze mai întâi și care dintre acestea vor fi amânate până într-o altă etapă a intervenției. În lipsa unei conceptualizări, acesta va selecta cogniții și comportamente într-o manieră aleatoare, ca urmare progresând puțin și haotic.

Deși valoarea conceptualizării făcute este dificil de evaluat pe parcursul unei singure ședințe, considerăm că, pe termen lung, aceasta este una dintre cele mai valide măsuri ale eficienței unui terapeut format în CBT. *Încercăm să facem inferențe asupra valorii unei conceptualizări observând dacă, pe parcursul ședinței, accentul cade pe comportamente și cogniții centrale pentru problema pacientului și nu colaterale acesteia.* Emitem ipoteza că, atunci când conceptualizarea terapeutului este deficitară, logica focalizării pe un anumit gând sau comportament nu va fi transparentă pentru evaluatorul experimentat. Mai mult, atunci când conceptualizarea este bine făcută, problemele țintă, intervențiile, tema de casă etc., vor apărea ca un „bloc compact", într-un cadru unitar.

În această etapă a procesului terapeutic, este bine să se evalueze cu atenție credințele iraționale ale clientului. Este indicat ca centrarea să fie atât pe formele de bază (trebuie cu necesitate, este obligatoriu, este absolut necesar etc.), cât și pe derivatele acestora: (a) catastrofarea, (b) toleranța

scăzută la frustrare şi (c) evaluarea globală negativă. Pe parcursul evaluării, se poate utiliza fie terminologia REBT referitoare la aceste procese, fie limbajul clientului, terapeutul asigurându-să că etichetele verbale ale acestuia exprimă corect credinţele iraţionale.

8.3. Strategii terapeutice dezirabile pentru surprinderea credinţelor iraţionale şi a gândurilor dezadaptative:

a. Întrebările deschise. O întrebare standard utilizată frecvent de terapeuţii REBT este „Ce anume ţi-ai spus referitor la *A* de te-a afectat la *C*?". Acest tip de *întrebare deschisă* are atât avantaje, cât şi dezavantaje. Principalul avantaj al unei astfel de chestionări constă în faptul că reduce mult probabilitatea de a-i sugera clientului conţinutul credinţelor sale. Dezavantajul major ar fi că rareori clientul va răspunde prin exprimarea unei credinţe iraţionale. Mai degrabă, acesta vă va oferi în continuare inferenţe despre *A* – care ar putea fi mai puţin relevante. Alte întrebări deschise ar putea fi: „Ce ţi-a trecut prin minte?", „Te gândeai la ceva anume?", „La ce te gândeai în acel moment?" şi „Îţi aminteşti la ce te gândeai atunci?" (Dryden şi DiGiuseppe, 2003).

b. Întrebările bazate pe teorie. O alternativă la utilizarea întrebărilor deschise la *A* ar fi folosirea *întrebărilor bazate pe teorie* (adică, întrebări derivate direct din teoria raţional-emotivă şi comportamentală). De exemplu, pentru a obţine un răspuns care să exprime un trebuie (adică, o credinţă bazală), puteţi întreba „Ce *aşteptări* aveţi faţă de

atitudinea critică a celorlalţi, de vă afectează atât de mult la *C*?". Pentru a evidenţia prezenţa credinţelor derivate din trebuie, aţi putea întreba „Ce fel de om v-aţi gândit că sunteţi când v-aţi bâlbâit şi v-aţi atras disprețul celorlalţi?". Avantajul întrebărilor bazate pe teorie este că orientează clientul spre identificarea credinţelor iraţionale. Dezavantajul este că există în acest caz pericolul de a sugera clientului o credinţă iraţională pe care poate nu o are. Totuşi, se poate reduce acest pericol dacă terapeutul a stabilit anterior faptul că acesta are o emoţie negativă disfuncţională la *C* (Dryden şi DiGiuseppe, 2003).

c. Chestionarea inductivă. Terapeutul pune pacientului o serie de întrebări menite să examineze posibilele motive din spatele reacţiilor emoţionale ale acestuia. Întrebările abile pot oferi pacientului o strategie pentru explorarea introspectivă, care poate fi ulterior folosită şi în absenţa terapeutului (vezi exemplul din partea a 7-a – explorare dirijată).

d. Tehnica imageriei. Când pacientul reuşeşte să identifice evenimente sau situaţii ce declanşează răspunsul emoţional, terapeutul îi poate cere să descrie în detaliu evenimentul neplăcut. Dacă imaginea descrisă de către pacient este reală şi clară, de regulă acesta va putea identifica şi gândurile subiacente acesteia. Fragmentul de mai jos este ilustrativ pentru tehnica prezentată:

<u>*Exemplu:*</u>

Pacientul: Nu pot merge la bowling. De fiecare dată când merg acolo simt că trebuie să plec cât mai repede.

Terapeutul: Îți poți aminti cam ce gânduri îți trec prin cap atunci când mergi acolo?
Pacientul: Nu prea. Poate îmi amintește de ceva, nu știu.
Terapeutul: Hai să facem un experiment care să te ajute să-ți amintești la ce te gândești când mergi acolo, OK?
Pacientul: De acord.
Terapeutul: Te rog să te relaxezi și să închizi ochii. Imaginează-ți că intri acum în sala de bowling. Descrie-mi ce se întâmplă.
Pacientul: (descrie cum intră în sală, își ia o fișă de marcaj etc.). Simt că trebuie să plec, să scap de aici.
Terapeutul: La ce te gândești acum?
Pacientul: Mă gândesc „Toți cei cu care voi juca vor râde de mine când o să vadă ce rău joc".
Terapeutul: Crezi că gândul acesta ar fi putut duce la dorința ta de a pleca de acolo?
Pacientul: În mod sigur.

e. Jocul de rol. Când evenimentul activator este de natură interpersonală, jocul de rol este, adesea, mai eficient decât tehnica imageriei. Această strategie presupune ca terapeutul să joace rolul celeilalte persoane implicate în evenimentul neplăcut, în timp ce pacientul „joacă" rolul său personal. Atunci când pacientul reușește să se implice în jocul de rol, de regulă, cu ajutorul terapeutului, vor putea fi identificate gândurile dezadaptative.

f. Schimbarea dispoziției pe parcursul ședinței: Terapeutul poate profita de orice schimbare de dispoziție ce apare pe parcursul ședinței, atrăgând imediat atenția pacientului asupra acesteia. Apoi, terapeutul va întreba la ce anume s-a gândit el chiar înainte să experiențieze o amplificare a disforiei, mâniei, tristeții etc.

g. Înregistrarea zilnică a gândurilor: Aceasta este cea mai simplă metodă de a surprinde gândurile dezadaptative, o dată ce pacientul s-a familiarizat cu tehnica. Pacientul listează gândurile dezadaptative acasă, pe coloana rezervată lor în fișa de automonitorizare. Aceste gânduri vor fi luate în discuție pe parcursul ședinței.

Este important să se facă distincția între procesul de identificare a gândurilor și „interpretările" caracteristice altor psihoterapii. Terapeutul format în REBT nu furnizează un gând dezadaptativ pe care pacientul nu l-a identificat el însuși. O astfel de „clarviziune" subminează rolul pacientului ca și colaborator și îngreunează identificarea acestor gânduri acasă, în absența terapeutului. Chiar mai mult, dacă „intuiția" terapeutului dă greș, acesta poate persista într-o direcție ce nu duce nicăieri. Uneori, când alte strategii au eșuat, se impune ca terapeutul să sugereze mai multe credințe iraționale posibile în situația dată (o tehnică a răspunsurilor la alegere). Exemplul de „clarviziune" din fragmentul următor este pus în opoziție cu tehnica imageriei ilustrată anterior.

Exemplu:

Pacientul: Nu pot merge la bowling. De fiecare dată când merg acolo simt că trebuie să plec cât mai repede.

Terapeutul: De ce?

Pacientul: Nu știu. Pur și simplu vreau să plec de acolo.

Terapeutul: Îți spui cumva „Mi-aș dori să nu trebuiască să joc singur?"

Pacientul: Poate. Nu sunt sigur.

Terapeutul: Păi, e posibil să te gândești că bowling-ul nu-ți va rezolva problemele pe care le ai. Ai dreptate, dar e totuși un început.

h. Stabilirea semnificației unui eveniment: Uneori, toate încercările abile ale terapeutului de a identifica gândurile dezadaptative dau greș. În astfel de cazuri, cu ajutorul întrebărilor, acesta trebuie să încerce să distingă semnificația specifică pe care evenimentul ce precede răspunsul emoțional o are pentru pacient.

i. Urmărirea „temelor" care apar trans-situațional. Pentru a identifica asumpțiile dezadaptative, terapeutul poate urmări îndeaproape temele care apar trans-situațional sau transgresează diferite domenii problematice. Apoi, terapeutul va lista câteva gânduri automate corelate cu acestea și pe care pacientul le-a exprimat în mai multe ocazii, și-i va cere *să extragă „regula" generală care le unește.* Dacă pacientul nu reușește, terapeutul va încerca să-i sugereze o posibilă asumpție, va continua cu inventarierea

gândurilor ce par să decurgă din aceasta și apoi va întreba pacientul dacă asumpția „pare adevărată". Este important ca terapeutul să rămână deschis la posibilitatea ca asumpția propusă să nu se potrivească pacientului și să continue să colaboreze cu acesta pentru a stabili o formulare mai acurată a „regulii" subiacente.

8.4. Considerente speciale în evaluare:

În esență, există două procese distincte incluse în această categorie.

Primul dintre ele presupune utilizarea unor tehnici adecvate pentru a *surprinde* credințele iraționale, gândurile automate, asumpțiile subiacente, comportamentele, etc. pacientului. Dacă terapeutul nu reușește deloc să surprindă aspectele menționate mai sus, performanța sa va fi notată cu 0. Dacă însă reușește în această încercare, va primi cel puțin scorul 2.

Cel de-al doilea proces constă în *integrarea cogniților și comportamentelor identificate într-o conceptualizare* a problemei pacientului. Conceptualizarea explică în ce mod o parte din constelația de cogniții/comportamente sunt colaterale problemei stabilite – și deci vor trebui amânate – și care dintre acestea sunt centrale și vor constitui *ținta* intervenției. Dacă terapeutul nu reușește să se focalizeze pe un anumit gând sau comportament specific, el va fi notat cu 2. Același scor va fi acordat atunci când conceptualizarea terapeutului este atât de hazardată, încât ținta aleasă pare total nepotrivită.

Scorul 4 va fi acordat atunci când terapeutul a ales ca țintă o cogniție sau un comportament relevant, însă conceptualizarea evaluatorului sugerează faptul că ar fi fost mai eficientă centrarea pe o altă țintă.

Evaluatorul va acorda scorul 6 dacă ținta selectată și conceptualizarea terapeutului oferă șanse optime de succes.

Rețineți că, la acest item, terapeutul poate obține un scor ridicat fără a interveni deloc. Singura cerință este reușita în surprinderea unor gânduri/comportamente relevante, conceptualizarea problemei și identificarea unor ținte importante pentru terapie.

9. STRATEGIA DE SCHIMBARE

9.1. Obiective:

După conceptualizarea problemei și stabilirea unor cogniții și/sau comportamente cheie, terapeutul va elabora o strategie de schimbare. Strategia de schimbare va decurge logic din conceptualizarea problemei și va include cele mai oportune tehnici de intervenție cognitiv-comportamentală, selectate pentru respectivul pacient și etapă a terapiei.

9.2. Substratul logic:

Terapeutul format în REBT are la dispoziție atât de multe tactici terapeutice încât, dacă nu își stabilește o strategie generală pentru fiecare caz în parte, cursul procesului terapeutic va fi unul haotic, bazat pe încercare și eroare. Uneori, el va utiliza mai multe proceduri, în mod simultan; în astfel de situații, toate tehnicile folosite trebuie să se compatibilizeze, făcând parte integrantă dintr-un plan bine gândit. Strategia de schimbare trebuie să decurgă logic din conceptualizarea problemei discutată în partea a 8-a („Focalizarea pe cogniții și comportamente specifice").

Strategia generală de schimbare include, de regulă, tehnici selectate din una sau mai multe dintre categoriile de metode de intervenție disponibile: restructurarea credințelor irațională, testarea gândurilor automate, modificarea asumpțiilor, schimbarea comportamentelor și reechilibrarea balanței neurovegetative. Trebuie reținut faptul că strategia REBT dezirabilă („elegant REBT") este

de a modifica întâi credințele evaluative („hot cognitions") după care se trece la schimbarea gândurilor automate și a schemelor cognitive („cold cognitions"), precum și a comportamentelor dezadaptative. Când pacientul nu răspunde pozitiv la abordarea credințelor evaluative este permisă abordarea credințelor nonevaluative, însă în acest caz este indicat să se revină mai târziu și la restructurarea credințelor evaluative.

9.3. Tehnici

9.3.1. Tehnici dezirabile pentru restructurarea credințelor iraționale:

Există trei ***strategii de disputare*** fundamentale. Când este posibil, este bine să fie utilzate toate trei:

a. *Focalizarea pe aspecte logice:* În acest caz, scopul este de a-l ajuta pe client să înțeleagă de ce credința sa irațională este ilogică. Pacientul trebuie să înțeleagă că doar pentru că el dorește ca ceva să se întâmple, nu înseamnă că acel lucru trebuie obligatoriu să se întâmple. Este indicată întrebarea „Unde este logica acestei credințe?" și accentuarea faptului că transformarea arbitrară a unei preferințe în regulă ține de fantezie și nu de realitate (Dryden și DiGiuseppe, 2003).
b. *Focalizarea pe aspecte empirice:* În acest caz, scopul este de a-i arăta clientului că credințele lui iraționale de bază și derivatele acestora sunt aproape întotdeauna inconsecvente cu realitatea

empirică. Sunt utilizate întrebări care cer clientului să aducă dovezi în sprijinul credințelor sale iraționale (ex. „Ce dovezi ai pentru asta?"). De exemplu, se poate arăta clientului că dacă ar exista dovezi care să justifice credința lui conform căreia trebuie cu necesitate să reușească, atunci ar trebui să reușească indiferent de ce crede el. Dacă, însă, nu a reușit în prezent, acest lucru dovedește că credința lui irațională contrazice realitatea (Dryden și DiGiuseppe, 2003).
c. *Focalizarea pe aspecte pragmatice:* Scopul centrării pe consecințele pragmatice ale menținerii credințelor iraționale este de a arăta clientului că, atâta timp cât el crede în acel trebuie absolutist și derivatele acestuia, va continua să fie afectat emoțional. Se pot folosi întrebări de genul „La ce altceva vei ajunge dacă vei continua să crezi că trebuie neapărat să reușești, în afară de anxietate și depresie?" (Dryden și DiGiuseppe, 2003).

După disputarea credinței iraționale, clientul trebuie să învețe să o înlocuiască cu o alta rațională. Este bine ca terapeutul și clientul să elaboreze împreună noua credință rațională, făcând-o cât mai adaptativă vizavi de *A*. După ce terapeutul a construit împreună cu clientul o credință rațională alternativă, aceasta trebuie disputată logic, empiric și pragmatic pentru a-i dovedi pacientului că este într-adevăr rațională. Este mult mai util ca clientul să vadă dovezile care arată că credințele raționale sunt mai bune, decât să audă de la terapeut acest lucru.

Există, de asemenea, mai multe *stiluri de disputare* a credințelor iraționale. Deși pot exista o mulțime de variații individuale, patru dintre stilurile fundamentale de disputare a credințelor iraționale sunt stilul Socratic, stilul didactic, stilul umoristic și autodezvăluirea.

a. *Stilul Socratic.* Când utilizează stilul de disputare Socratic, sarcina principală a terapeutului este de a pune întrebări ce vizează aspectele ilogice, inconsecvente cu realitatea sau dezadaptative ale credințelor iraționale deținute de client. Scopul acestui stil este de a-l încuraja pe client să gândească de unul singur, mai degrabă decât să accepte punctul de vedere al terapeutului, pe motiv că acesta are autoritate ca profesionist. Deși acest stil se bazează, în principal, pe întrebări, poate include și scurte explicații menite să corecteze ideile eronate ale clientului (Dryden și DiGiuseppe, 2003).

b. *Stilul didactic.* Deși terapeuții REBT preferă stilul Socratic, chestionarea cu ajutorul întrebărilor nu se dovedește întotdeauna eficientă. În acest caz, se poate explica pe larg, într-o manieră mai didactică, de ce o credință irațională este dezadaptativă și de ce o credință rațională este mai utilă. Este foarte probabil să fie nevoie să se recurgă la diferite explicații didactice în cazul fiecărui client în parte, la un moment sau altul pe parcursul procesului terapeutic. Când sunt folosite explicațiile didactice,

este bine ca terapeutul să se asigure că pacientul a înțeles cele spuse de el, rugându-l din când în când să parafrazeze cele prezentate anterior. Terapeutul poate folosi formulări de genul „Nu sunt sigur că m-am exprimat suficient de clar până aici - poate ați putea să spuneți cu cuvintele dvs. ce credeți că am încercat eu să vă zic". Nu trebuie acceptate, fără a verifica prin întrebări, semnalele nonverbale (ex. clătinat din cap) ca dovezi că clientul a înțeles cele comunicate (Dryden și DiGiuseppe, 2003).

c. *Stilul umoristic.* În cazul unora dintre clienți, o modalitate eficientă de a demonstra că nu există dovezi justificative pentru credințele iraționale este folosirea umorului sau a exagerărilor ilare. După cum au observat Walen și colab. (1980), atunci când clientul spune „Este îngrozitor că mi-am picat examenul!", terapeutul poate răspundă „Ai absolută dreptate! Nu numai că este îngrozitor, dar nu văd cum ai mai putea supraviețui după așa ceva. Este cel mai groaznic lucru pe care l-am auzit în viața mea. Este atât de înspăimântător că nici nu pot vorbi despre asta. Haide să schimbăm repede subiectul." De multe ori, astfel de afirmații paradoxale atrag atenția clientului asupra lipsei de sens a credințelor iraționale și nu vor mai fi necesare explicații detaliate pentru ca acesta să înțeleagă despre ce este vorba. Exagerările ilare pot fi utilizate ca strategie de disputare a credințelor iraționale doar dacă (a) terapeutul are o relație

bună cu clientul, (b) clientul a arătat că are simțul umorului și (c) afirmațiile ilare ale terapeutului vizează iraționalitatea credințelor clientului și *nu* clientul ca persoană (Dryden și DiGiuseppe, 2003).

d. *Autodezvăluirea.* O altă modalitate eficientă de a disputa credințele iraționale ale clientului presupune ca terapeutul să recurgă la autodezvăluiri. În *modelul coping* al autodezvăluirii, acesta va arăta că (a) a avut o problemă similară cu problema clientului, (b) a avut cândva o credință irațională asemănătoare cu cea a clientului și (c) și-a schimbat acea credință irațională și acum nu mai are problema respectivă. Modelul coping al autodezvăluirii este opus *modelului competenței.* În acesta din urmă, terapeutul dezvăluie faptul că nu a avut niciodată o problemă similară cu a clientului întrucât a gândit întotdeauna rațional vizavi de problemele cu care s-a confruntat. Modelul competenței tinde să accentueze diferențele dintre terapeut și client și este mai puțin eficient decât modelul coping în a stimula clientul să își dispute propriile iraționalități. Totuși, unii clienți nu vor reacționa pozitiv nici măcar la modelul coping al autodezvăluirii. În acest caz, se recomandă utilizarea altor strategii de disputare (Dryden și DiGiuseppe, 2003).

9.3.2. Tehnici dezirabile pentru testarea gândurilor automate:

O dată ce terapeutul și pacientul au identificat un gând automat cheie, terapeutul va cere pacientului să renunțe temporar la convingerea că acel gând este absolut adevărat și să-l privească ca pe o ipoteză ce trebuie testată. În continuare, cei doi vor colabora pentru a aduna date, a evalua dovezi și a trage concluzii.

Terapeutul asistă pacientul în învățarea unui *mod de gândire* asemănător investigației științifice. Acesta va demonstra pacientului că *percepția* realității diferă de realitatea însăși. Clienții vor învăța să elaboreze planuri experimentale pe care le vor folosi pentru a testa validitatea propriilor lor gânduri automate. Astfel, aceștia învață să-și modifice gândurile dezadaptative, astfel încât să poată să-și mențină beneficiile după încheierea terapiei.

Există mai multe ***tehnici*** prin care se poate testa validitatea gândurilor automate:

a. *Examinarea dovezilor disponibile.* Terapeutul cere pacientului să se folosească de experiența anterioară pentru a nota dovezi ce susțin și contrazic ipoteza. După evaluarea tuturor dovezilor găsite, de regulă pacienții își resping gândurile automate ca fiind false, imprecise sau exagerate.
b. *Realizarea unui experiment.* Terapeutul cere pacientului să elaboreze un plan experimental pentru a testa ipoteza. O dată experimentul stabilit,

pacientul face predicții asupra rezultatelor ce vor fi obținute, apoi adună date. De regulă, datele obținute contrazic predicțiile acestuia, astfel că el poate respinge gândurile automate.

c. *Chestionarea inductivă.* Când primele două metode nu se potrivesc sau nu se pot pune în practică, terapeutul poate aduce dovezi din propria sa experiență care să contrazică ipoteza pacientului. Aceste dovezi se prezintă sub forma unei întrebări care conține o dilemă logică pentru pacient (ex., „90% din pacienții mei spun că nu se vor face bine, și cu toate astea starea lor se îmbunătățește. De ce crezi tu că ești altfel decât ei?"). O alternativă este ca, prin întrebări puse pacientului, terapeutul să puncteze greșeli logice în sistemul de credințe al acestuia (ex., „Spui că întotdeauna ai fost o persoană slabă. Mai spui că, înainte de a face depresie, te-ai descurcat bine. Observi vreo inconsecvență logică în acest mod de a gândi?").

d. *Operaționalizarea unui construct negativ și definirea termenilor.* Uneori, ca etapă intermediară în testarea gândurilor automate, terapeutul și pacientul vor defini în temeni concreți ce anume vrea să spună pacientul printr-un anumit cuvânt sau afirmație. De exemplu, unul dintre pacienți își spunea încontinuu „Sunt un laș". Pentru a testa acest gând, terapeutul și pacientul au trebuit mai întâi să definească și să găsească la ce se referă respectivul construct. În acest caz, ei au

operaționalizat „lașitatea" prin aceea că nu te aperi atunci când ești atacat. După ce s-a căzut de acord asupra acestui criteriu, cei doi au trecut la examinarea dovezilor existente pentru a evalua dacă eticheta de „laș" este una validă. Această procedură poate ajuta pacientul să recunoască natura arbitrară a autoevaluărilor sale și să le adecveze definițiilor de simț comun ale acestor termeni negativi.

e. *Reatribuirea.* Una dintre cele mai valoroase tehnici de testare a gândurilor negative este „reatribuirea". Când pacientul se culpabilizează nejustificat pentru diferite evenimente negative, acesta va reevalua împreună cu terapeutul situația respectivă pentru a identifica alți factori sau factori suplimentari comportamentului pacientului, care ar putea explica ceea ce s-a întâmplat. Această tehnică poate fi, de asemenea, folosită pentru a arăta pacientului că unele dintre problemele pe care le are constituie simptome ale depresiei (ex., pierderea capacității de concentrare) și nu indici ai deteriorării fiziologice permanente.

f. *Generarea de alternative.* Când pacientul percepe anumite probleme ca fiind nerezolvabile, acesta va conlucra cu terapeutul pentru a găsi împreună soluții încă neexplorate pentru respectiva problemă. Uneori, pacientul a identificat deja o soluție viabilă, dar a respins-o prematur, considerând-o nepractică și posibil ineficientă.

9.3.3. Tehnici dezirabile pentru modificarea asumpțiilor subiacente:

a. Terapeutul va pune accentul pe utilizarea *chestionării* în modificarea asumpțiilor subiacente. S-a constatat că cea mai eficientă abordare este atunci când pacientul găsește singur sau în colaborare cu terapeutul dovezi împotriva asumpțiilor sale. După identificarea unei astfel de asumpții, terapeutul pune pacientului o serie de întrebări pentru a-i demonstra contradicțiile sau problemele inerente acesteia.

b. O altă strategie utilă în testarea asumpțiilor constă în faptul că terapeutul și pacientul generează *liste de avantaje și dezavantaje* ale schimbării acestora. O dată listele complete, cei doi vor discuta și vor cântări împreună argumentele celor două poziții opuse. O abordare asemănătoare constă în evaluarea de către pacient a utilității asumpțiilor pe termen lung și scurt.

c. Multe dintre asumpții iau forma unor reguli referitoare la ce trebuie să facă, în mod ideal, pacientul într-o situație dată. Pentru depășirea acestui imperativ, a fost adaptată o strategie comportamentală cunoscută sub denumirea de *„anticiparea răspunsului"*. După identificarea regulii, terapeutul și pacientul elaborează un plan experimental pentru a testa ce s-ar întâmpla dacă pacientul *nu* s-ar supune acesteia. Acesta face o

predicție asupra posibilului rezultat, experimentul este pus în practică și rezultatele obținute discutate. În general, este bine să fie propuse o serie de sarcini gradate care infirmă regula, astfel că, pentru început, pacientul va încerca să opereze modificări mai puțin drastice. Spre exemplu, dacă el crede că regula este să lucreze non stop, va experimenta cu perioade de timp devotat activităților de relaxare mărite gradat.

9.3.4. Tehnici dezirabile pentru schimbarea comportamentelor:

Terapeutul utilizează, de asemenea, o suită de tehnici comportamentale pentru a ajuta pacientul să facă față situațiilor sau problemelor interpersonale. Aceste tehnici comportamentale sunt „orientate spre acțiune", altfel spus pacientul exersează proceduri specifice de adaptare la situații concrete sau de utilizare mai eficientă a timpului. Așadar, spre deosebire de tehnicile strict cognitive, metodele comportamentale se centrează mai mult pe modalitatea de a face față sau de a acționa, decât pe perspectiva asupra situațiilor sau interpretarea evenimentelor.

Unul dintre principalele scopuri ale acestor tehnici este modificarea cogniților disfuncționale. Spre exemplu, pacientul care consideră că „Nimic nu mă mai distrează" își modifică adesea acest gând dezadaptativ, după ce finalizează o suită de sarcini comportamentale menite să

sporească numărul şi varietatea activităţilor plăcute în care acesta se implică. Aşadar, schimbarea comportamentelor este frecvent folosită ca dovadă pentru a genera modificări cognitive.

Tehnicile comportamentale sunt folosite pe tot parcursul terapiei, însă sunt preferate, de obicei, în fazele incipiente ale acesteia. Acest lucru este valabil în special când este vorba de pacienţi cu depresie - imobilizaţi, pasivi, retraşi social, cu dificultăţi de concentrare şi incapabili să experienţieze plăcerea.

Mai jos este oferită o scurtă prezentare a ***tehnicilor comportamentale.***

a. *Planificarea activităţilor.* Terapeutul utilizează un orar pentru a ajuta pacientul să-şi planifice, pe ore, activităţile din cursul zilei. Apoi, clientul va ţine o evidenţă a activităţilor în care s-a implicat oră de oră. Planificarea activităţilor este, de regulă, una dintre primele tehnici folosite în cazul pacienţilor cu depresie. Deseori, această metodă poate contracara lipsa motivaţiei, lipsa speranţei şi ruminaţia excesivă.
b. *Competenţă şi plăcere.* Unul dintre scopurile planificării activităţilor este de a-l face pe pacient ca, de la o zi la alta, să obţină mai multă plăcere şi un mai puternic sentiment al competenţei. Pentru a atinge acest deziderat, el va evalua fiecare activitate în care s-a implicat, cu referire la competenţă şi plăcere, pe o scală de la 1-10. De

regulă, aceste scoruri au rolul de a infirma în mod direct convingerea pacienţilor că ei nu se mai pot simţi competenţi şi nu se mai pot bucura de nimic.
c. *Sarcini comportamentale gradate.* Pentru a ajuta unii pacienţi să iniţieze activităţi în scopul de a obţine plăcere şi un sentiment al competenţei, terapeutul va trebui să rupă sarcina în segmente, eşalonate de la cele mai simple până la cele mai complexe şi solicitante. Această abordare treptată permite pacienţilor cu depresie să se angajeze, în cele din urmă, în activităţi care iniţial le păreau imposibile sau copleşitoare. Aceste sarcini gradate oferă pacienţilor un feedback imediat şi fără echivoc că pot reuşi în încercarea lor.
d. *Repetiţia cognitivă.* O parte dintre pacienţi întâmpină dificultăţi în realizarea unor sarcini care presupun etape succesive în finalizarea lor. Deseori acest lucru se întâmplă din cauza problemelor de concentrare. „Repetiţia cognitivă" este o metodă prin care se cere pacientului să-şi imagineze fiecare pas ce duce la finalizarea respectivei sarcini. Această repetiţie imaginară îl ajută să-şi concentreze mai bine atenţia pe sarcină, permiţând totodată terapeutului să identifice posibilele obstacole care ar putea îngreuna realizarea acesteia de către un anumit pacient.
e. *Antrenamentul pentru automanagement.* Uneori, terapeutul trebuie să-l înveţe pe pacient ca, în loc să se bazeze pe alte persoane pentru toate nevoile

sale, să-şi asume din ce în ce mai mult responsabilitatea pentru activităţile de zi cu zi. Spre exemplu, pacienţii pot începe prin a face duş dimineaţa, a-şi face patul, a face curat în casă, a-şi pregăti mâncarea, a face cumpărături etc. Asumarea responsabilităţii presupune şi dobândirea controlului asupra propriilor reacţii emoţionale. Ca parte a antrenamentului pentru automanagement, pot fi utilizate sarcinile comportamentale gradate, antrenamentul asertiv şi realizarea de experimente.

f. *Jocul de rol.* În contextul terapiei raţional-emotive şi comportamentale, jocul de rol poate fi utilizat pentru:

- a surprinde credinţele iraţionale în situaţii interpersonale specifice;
- a exersa noi răspunsuri cognitive în întâlniri sociale, care anterior s-au dovedit problematice pentru pacient;
- a repeta noi comportamente cu scopul de a eficientiza interacţiunile cu alţi oameni.
- variaţie a acestei tehnici - schimbul de rol - este deseori eficientă în a ghida pacientul spre a „testa pe viu" modul în care cei din jurul lor probabil că le receptează comportamentul, permiţându-le astfel să se perceapă mai favorabil. Jocul de rol poate fi utilizat şi ca parte a antrenamentului asertiv. Această tehnică este frecvent însoţită de modelare şi proceduri de ghidare/antrenare.

g. *Tehnici de distragere.* Pacienţii pot utiliza diferite tehnici de distragere a atenţiei pentru a reduce temporar majoritatea afectelor negative ca disforia, anxietatea, mânia. Distragerea se poate realiza prin implicarea în activităţi fizice, contacte sociale, muncă, joacă sau imagerie vizuală.

9.3.5. Tehnici dezirabile pentru reechilibrarea balanţei neurovegetative:

În acest scop se pot utiliza diverse tehnici de relaxare (ex. antrenament autogen, relaxare progresivă Jacobson, biofeedback etc.) precum şi hipnoterapia. Starea autogenă şi transa hipnotică pot fi utilizate ca fundal facilitator pentru restructurări cognitive şi comportamentale.

9.4. În atenţia evaluatorilor:

În evaluarea strategiei de schimbare, evaluatorii vor avea în vedere, în primul rând, cât de adecvate sunt tehnicile alese pentru problema pacientului, în cadrul şedinţei supuse cotării. În încercarea de a evalua *adecvarea* tehnicilor selectate, evaluatorul va determina în ce măsură acestea fac parte dintr-o strategie coerentă de schimbare, ce decurge logic din conceptualizarea terapeutului asupra problemei. Dacă logica optării pentru anumite metode de intervenţie nu este clară, sau dacă aceasta pare greşită, terapeutul va fi cotat cu un scor mic. Un punctaj mare va fi

acordat atunci când logica din spatele selecției tehnicilor utilizate este clară și corectă.

Nu trebuie să se facă confuzii între valoarea strategiei de schimbare (care face obiectul principal al acestui item), calitatea implementării tehnicilor (evaluată la itemul 10) și eficiența practică a intervenției (care nu va fi cotată cu scor mare la nici un item).

10. APLICAREA TEHNICILOR COGNITIV-COMPORTAMENTALE

10.1. Obiective și substrat logic:

Odată ce terapeutul a elaborat o strategie de schimbare incluzând cele mai adecvate tehnici cognitiv-comportamentale, acesta trebuie să le implementeze cu profesionalism și abilitate. Chiar și cea mai promițătoare strategie va eșua dacă este executată deficitar.

10.2. Strategii terapeutice dezirabile:

Este extrem de dificil de stabilit dacă o tehnică este executată corect sau nu. În mod sigur, cotarea acestui item presupune mult discernământ și experiență clinică. S-ar putea puncta câteva criterii generale. Terapeutul trebuie dea impresia de *fluență* și siguranță, în contrast cu o performanță marcată de incertitudine și sentiment de nefamiliaritate. Tehnicile vor fi prezentate *cu claritate*, într-un limbaj ușor de înțeles de către pacient. Ele trebuie aplicate *sistematic*, astfel încât să se poată distinge cu ușurință un început (introducere, prezentarea problemei, logica metodei), o parte de mijloc (discuții referitoare la soluții posibile și schimbare) și un sfârșit (rezumatul concluziilor, teme de casă relevante). Terapeutul trebuie *să sesizeze* dacă pacientul participă într-adevăr la procesul de schimbare, sau se lasă doar „purtat de val", din simplă complianță. El trebuie să dea dovadă de *creativitate* în modul în care-și prezintă ideile pacientului, astfel încât

acesta să înceapă să adere la perspectiva sa. Terapeutul trebuie să poată anticipa posibilele probleme cu care pacientul s-ar putea confrunta la schimbarea perspectivei sau comportamentelor în afara cabinetului. În sfârşit, acesta trebuie să conlucreze cu pacientul, şi nu să interogheze, să discute în contradictoriu sau să-şi impună agresiv punctul de vedere.

10.3. În atenţia evaluatorilor:

În încercarea de a evalua abilitatea cu care terapeutul a aplicat tehnicile cognitiv-comportamentale, evaluatorul trebuie să facă abstracţie de măsura în care tehnica este sau nu adecvată problemei pacientului (aspect cotat în itemul 9), precum şi de eficienţa practică a metodei – dă sau nu rezultatele scontate. Există cazuri în care, deşi terapeutul foloseşte cu multă abilitate tehnicile disponibile, pacientul nu răspunde fiind extrem de rigid sau încăpăţânat. În astfel de situaţii, flexibilitatea, ingeniozitatea şi răbdarea terapeutului justifică acordarea unui scor mare, deşi nu se înregistrează schimbări în optica sau comportamentul pacientului.

Trebuie specificat că acest item se referă la aplicarea tehnicilor de *modificare* a credinţelor iraţionale, gândurilor, asumpţiilor şi comportamentelor (prezentate la itemul 9), şi nu la metodele specifice de *identificare* a cogniţiilor (întrucât acestea sunt evaluate la itemul 8).

11. TEMA DE CASĂ

11.1. Obiective:

Terapeutul propune teme de casă „croite exact" pentru a ajuta pacientul să-şi testeze ipotezele, să asimileze noi perspective sau să experimenteze comportamente noi în afara cabinetului psihologic. Totodată, terapeutul va verifica temele din şedinţele anterioare, va explica logica noilor sarcini şi va surprinde reacţia pacientului la tema de casă.

11.2. Substratul logic:

Realizarea sistematică a temei de casă este un aspect crucial în psihoterapia raţional-emotivă şi comportamentală. Nu se va înregistra nici un progres, dacă pacienţii nu vor putea transpune conceptele învăţate în cursul terapiei în mediul lor ecologic. Aşadar, tema de casă asigură transferul în învăţare. Totodată, oferă şi o structură utilă pacienţilor în adunarea datelor şi testarea ipotezelor, prin aceasta modificând cogniţiile dezadaptative pentru a le compatibiliza cu realitatea. Aşadar, tema de casă stimulează pacienţii să pună în practică conceptele abstracte şi insight-urile considerate prin tradiţie domeniul psihologiei, făcând din psihoterapie un proces activ, care presupune implicare. Şi nu în ultimul rând, tema de casă stimulează autocontrolul în opoziţie cu dependenţa faţă de terapeut, jucând, aşadar, un rol important în menţinerea rezultatelor pozitive obţinute, după terminarea terapiei.

11.3. Strategii terapeutice dezirabile:

a. *Prezentarea substratului logic.* Terapeutul va sublinia importanța temei de casă în procesul terapeutic. Acest scop poate fi atins prin prezentarea detaliată a beneficiilor pe care le aduce fiecare sarcină în parte și prin a-i aminti pacientului, în mod sistematic, cât de necesare sunt aceste beneficii în a-l ajuta să-și amelioreze starea.

b. *Stabilirea temei de casă.* Terapeutul va concepe tema în funcție de fiecare pacient în parte. Este indicat ca aceasta să decurgă logic din problemele discutate în timpul ședinței. Sarcina trebuie să fie foarte clară și foarte precisă, scrisă în duplicat (o copie pentru pacient și una pentru terapeut), de regulă spre finalul întâlnirii.

Printre *sarcinile* care pot fi date ca temă de casă se numără:

- *Sarcini cognitive:* Aceste sarcini variază în complexitate și structură. O sarcină cognitivă reprezentativă cere clientului să exerseze disputarea credințelor iraționale încercând să convingă o altă persoană de raționalitatea acestui demers. Un al doilea tip de sarcină ar consta în faptul că pacientul exersează afirmații raționale, înainte de a se confrunta cu un eveniment activator problematic.
- *Sarcini de imagerie:* În cadrul acestora clientul va încerca, în mod deliberat, să schimbe o emoție negativă disfuncțională cu una funcțională, în timp ce își imaginează cât mai viu evenimentul activator

perturbator. Aceste sarcini sunt deosebit de utile pentru a spori încrederea clientului în capacitatea sa de a executa o sarcină in vivo.

- *Sarcini emoționale:* În cadrul acestor sarcini clientul își va disputa în forță și insistent credințele iraționale, în situații ce trezesc emoții puternice.
- *Sarcini comportamentale:* Cunoscute și sub numele de *flooding in vivo,* aceste sarcini presupun ca pacientul să se confrunte în mod direct cu situațiile perturbatoare, în care experiențiază emoții negative, în timp ce își dispută credințele iraționale apărute în aceste contexte. Dacă clientul refuză să facă o astfel de sarcină, este bine să fie lăsat să aleagă un alt tip de exercițiu care constituie pentru el o provocare, fără însă a fi prea solicitant. Este bine ca terapeutul să convingă clientul să accepte sarcini ce presupun un oarecare grad de disconfort. Oricare ar fi sarcina comportamentală stabilită, terapeutul trebuie să se asigure că este atât legală, cât și etică.

Unele dintre cele mai uzuale *teme de casă* solicită pacientului:

- Să-și monitorizeze zilnic gândurile disfuncționale, dând și răspunsuri raționale;
- Să-și planifice activități;
- Să-și evalueze pe o scală sentimentele de plăcere și competență;
- Să revadă o listă cu concluziile principale formulate pe parcursul ședinței;

- Să citească o carte sau un articol relevant pentru problema sa;
- Să-şi numere gândurile automate folosind un calculator de mână;
- Să asculte sau să vizioneze o casetă cu şedinţa anterioară;
- Să scrie un eseu autobiografic;
- Să completeze chestionare (cum ar fi Scala de Atitudini Disfuncţionale sau Inventarul de Depresie Beck);
- Să ţină un grafic, pe ore, al fluctuaţiilor în dispoziţie (stări ca anxietatea, tristeţea, mânia);
- Să exerseze tehnici coping ca distragerea sau relaxarea;
- Să încerce noi comportamente care, de regulă, pun probleme acestuia (ex., asertivitatea, întâlnirea cu persoane străine).

c. *Sondarea reacţiilor şi identificarea posibilelor dificultăţi*. De regulă, este de dorit ca terapeutul să pună pacientului întrebări legate de reacţiile sale faţă de tema de casă („Pare utilă?", „Pare accesibilă?", „Este clară sarcina?"). De multe ori este util ca terapeutul să ceară pacientului să vizualizeze realizarea sarcinii, pentru a identifica posibilele piedici care ar putea apărea. Pe măsură ce terapia progresează, pacientul ar trebui să-şi asume un rol din ce în ce mai activ în stabilirea şi formularea temelor.

d. *Verificarea temelor anterioare.* Dacă terapeutul nu verifică, în mod regulat, exerciţiile de săptămâna trecută, pacientul ar putea înţelege că nu este nevoie să-şi facă, cu seriozitate, temele. La începutul fiecărei şedinţe, terapeutul împreună cu pacientul vor discuta fiecare sarcină realizată, iar terapeutul va rezuma concluziile care s-au desprins sau progresul înregistrat.

Observaţii:

- Evaluarea performanţei terapeutului se face pe parcursul unei şedinţe de psihoterapie, prin observare „live", înregistrare video sau înregistrare audio.
- Utilizarea eficientă a scalei presupune, în primul rând, cotarea fiecărui item, fără excepţii.
- Notarea este indicat să se facă utilizând descriptorii oferiţi, ori de câte ori acest lucru este posibil. Aceasta deoarece variaţiile în severitatea evaluatorului pot biasa rezultatul final; astfel, aceeaşi performanţă riscă să fie apreciată diferit, în funcţie de standarde subiective. Deşi uneori scorul obţinut nu concordă cu impresia globală asupra performanţei terapeutului, este important să se apeleze la cotarea punctuală. A nu se uita că scala conţine şi o secţiune finală, în care evaluatorul îşi poate exprima impresia generală. Excepţie de la această recomandare fac acele comportamente particulare, observate la terapeut, care nu sunt

redate sau surprinse de descriptorii oferiți. În aceste cazuri, se va utiliza scala mai generală oferită în instrucțiuni. Când apar astfel de excepții, este util ca evaluatorii să observe de ce descriptorii nu au putut fi folosiți, astfel încât scala să poată fi perfecționată în viitor.

Pentru fiecare item se alege o singură variantă de răspuns, cota finală fiind formată prin însumarea punctelor obținute la fiecare item; nivelul performanței terapeutului va fi direct proporțional cu scorul total obținut.

BIBLIOGRAFIE

Chambless, D.L. (2000). An Update on Empirically Validated Therapies. *Retrieved from the Web 10/2/2000. http://www.apa.org/divisions/div.12/est/newrpt.html*

David, D. (2006a). *Tratat de psihoterapii cognitive și comportamentale.* Iași: Polirom.

David, D. (2006b). *Psihologie clinică și psihoterapie. Fundamente.* Iași: Polirom.

David, D. (2006c). *Metodologia cercetării clinice.* Iași: Polirom.

DiGiuseppe, R. (1991). Comprehensive cognitive disputing in RET. In M. Bernard (Ed.), *Using rational emotive therapy effectively* (pp. 173-195). New York: Plenum.

Dryden, W., & DiGiuseppe, R. (2003). *Ghid de terapie rațional-emotivă și comportamentală.* Cluj-Napoca: Editura ASCR.

Ellis, A., & Dryden, W. (1997). *The practice of rational emotive behavior therapy.* NY: Springer Publishing Company, Inc.

Lambert, M.J., & Barley, D.E. (2002). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. În Norcross, John C., *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients* (pp. 17-32). New York: Oxford University Press.

Macavei, B. (2002). O variantă românească a scalei de evaluare în terapia cognitivă. *Romanian Journal of Cognitive and Behavioral Psychotherapies, 2,* 35-50.

Sanderson, W.C., & Rego, S. (2000). Movement Toward Evidence-Based Psychotherapies. *TEN, 2,* 50-55.

Spiegler, M.D., & Guevremont, D. (1993). *Contemporary Behavior Therapy*. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole Publishing Company, CA.

Walen, S.R., DiGiuseppe, R., & Wessler, R.L. (1980). *A practitioner's guide to rational-emotive therapy*. New-York: Oxford University Press.

Weinrach, S.G. (1996). Nine Experts Describe the Essence of Rational-Emotive Therapy while Standing on One Foot. *Journal of Counseling and Development, 74*, 626-632.

Weinrach, S.G. (2006). Nine Experts Describe the Essence of Rational-Emotive Therapy while Standing on One Foot. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive Behaviour Therapy, 24*, 217-232.

Young, J., & Beck, A. (1980). *Cognitive Therapy Scale. Rating Manual.* University of Pennsylvania, Center for Psychotherapy Research.

ANEXA 1. Scala de Evaluare a Intervenției în Psihoterapia Rațional-Emotivă și Comportamentală (Rational Emotive Behavior Therapy Rating Scale – REBTRS)

Terapeut:_____
Pacient:_____
Data ședinței:_____

Codul înregistrării:_____
Evaluator:_____
Data evaluării:_____

Codul/Nr. ședinței:_____ ( ) Înregistrare video ( ) Înregistrare audio ( ) Observare „live"

Instrucțiuni: De fiecare dată, evaluați terapeutul pe o scală de la 0 la 6 și înregistrați scorul pe linia alăturată fiecărui item. Scala oferă descrieri pentru niveluri, marcate prin numere pare. ***Dacă apreciați mai acurată plasarea performanței terapeutului între doi astfel de descriptori, utilizați numerele impare intermediare (1, 3, 5).*** De exemplu, dacă terapeutul a realizat o planificare foarte bună a ședinței, dar a omis să stabilească prioritățile, asignați scorul 5 mai degrabă decât 4 sau 6.

Dacă descriptorii propuși pentru un item oarecare uneori nu se potrivesc ședinței pe care o evaluați, lăsați-i la o parte și optați pentru scala mai generală oferită mai jos:

0	1	2	3	4	5	6
Slab	Nesatisfăcător	Mediocru	Satisfăcător	Bine	Foarte bine	Excelent

Vă rugăm nu omiteți nici un item de la cotare. Pentru toți itemii, focalizați-vă pe abilitățile terapeutului, având în vedere cât de dificil este pacientul cu care se lucrează.

Partea I. Abilități terapeutice generale:

__1. PLANIFICAREA ŞEDINȚEI (LISTA DE PROBLEME)

0. Terapeutul nu a făcut o listă de probleme a şedinței.
2. Terapeutul a făcut o listă de probleme vagă sau incompletă.
4. Terapeutul a conlucrat cu pacientul pentru a realiza o planificare satisfăcătoare pentru amândoi, care include probleme țintă bine determinate (cx. anxietate la locul de muncă, insatisfacție în căsnicie).
6. Terapeutul a conlucrat cu pacientul pentru a realiza o planificare adecvată, cu probleme țintă bine definite, potrivită şi din perspectiva timpului disponibil. Au fost stabilite prioritățile şi respectată planificarea.

__2. FEEDBACK-UL

0. Terapeutul nu a cerut feedback pentru a determina măsura în care pacientul a înțeles aspectele abordate sau reacția acestuia la şedința terapeutică.
2. Terapeutul a obținut un oarecare feedback de la pacient, dar nu a pus suficiente întrebări pentru a se asigura că acesta a înțeles linia sa de argumentare pe

parcursul şedinței *sau* pentru a stabili dacă pacientul a fost mulțumit de şedință.
4. Terapeutul a pus suficiente întrebări pentru a se asigura că pacientul a înțeles linia sa de argumentare pe parcursul şedinței şi pentru a determina reacțiile acestuia vizavi de şedința terapeutică. Când a fost oportun, terapeutul şi-a modificat comportamentul ca răspuns la feedback-ul primit.
6. Pe tot parcursul şedinței, terapeutul a fost foarte abil în provocarea feedback-ului verbal şi nonverbal din partea pacientului şi în exprimarea răspunsului la acesta (ex. a stimulat exprimarea reacțiilor pacientului față de şedință, a verificat sistematic înțelegerea aspectelor abordate, a contribuit la sumarizarea punctelor esențiale la finalul şedinței).

__3. COMPREHENSIUNEA

0. În repetate rânduri, terapeutul nu a reuşit să înțeleagă mesajul explicit transmis de către pacient, astfel că de multe ori a omis esența celor comunicate. Abilități empatice deficitare.
2. În general, terapeutul a reuşit să reformuleze şi să parafrazeze mesajul explicit transmis de către pacient, dar a eşuat frecvent în a răspunde la mesajele comunicate nonverbal sau mai puțin explicit. Abilități de ascultare şi empatice deficitare.
4. În marea majoritate a cazurilor, terapeutul a reuşit să surprindă „realitatea interioară" a pacientului,

reflectată atât în mesajele explicite, cât şi în cele mascate sau nonverbale transmise de către acesta. Abilităţi de ascultare şi empatice bune.

6. Terapeutul a reuşit să surprindă, cu acurateţe, „realitatea interioară" a pacientului şi a avut capacitatea de a exprima acest lucru prin mesaje verbale şi nonverbale bine receptate de către pacient (ex., Tonul vocii terapeutului a reflectat înţelegerea profundă a celor comunicate de către pacient.). Abilităţi de ascultare şi empatice excelente.

__4. EFICIENŢA INTERPERSONALĂ

0. Terapeutul a dat dovadă de importante carenţe în abilităţile de relaţionare interpersonală, părând ostil, disprețuitor sau altfel nefast pentru pacient.
2. Deşi nu a prejudiciat pacientul printr-o atitudine depreciativă, terapeutul a demonstrat dificultăţi majore în relaţionare. Din când în când, acesta a părut nesincer, nerăbdător, neatent *sau* incapabil de a dovedi încredere şi profesionalism.
4. Terapeutul a dovedit, *în mod satisfăcător*, empatie, preocupare, încredere, sinceritate şi profesionalism. Nu au existat probleme majore în relaţia interpersonală.
6. Terapeutul a dovedit, *în mod optim*, empatie, preocupare, încredere, sinceritate şi profesionalism, adecvate pacientului şi specificului şedinţei.

__5. COLABORAREA

0. Terapeutul nu a încercat să conlucreze, în vreun fel, cu pacientul.
2. Terapeutul a încercat să conlucreze cu pacientul, dar a întâmpinat dificultăţi *fie* în identificarea unei probleme relevante pentru acesta, *fie* în stabilirea relaţiei terapeutice.
4. Terapeutul a reuşit să conlucreze cu pacientul, focalizându-se pe o problemă relevantă atât pentru el, cât şi pentru acesta şi să stabilească relaţia terapeutică.
6. Colaborarea dintre cei doi a fost excelentă; terapeutul a încurajat, în mod repetat, pacientul să-şi asume un rol activ în terapie (ex., prin oferirea de alternative), astfel încât ei s-au comportat ca o „echipă".

__6. RITMUL DE LUCRU ŞI UTILIZAREA EFICIENTĂ A TIMPULUI

0. Terapeutul nu a încercat să planifice timpul în cadrul şedinţei terapeutice. Finalitatea şedinţei a fost dificil de surprins.
2. Direcţia în care a avansat şedinţa a fost detectabilă, dar terapeutul a întâmpinat dificultăţi semnificative în structurarea sau în stabilirea ritmului de desfăşurare al acesteia (ex., prea puţin structurată, structură inflexibilă, ritm prea lent, ritm prea alert).

4. Terapeutul a reuşit, în mare măsură, să utilizeze timpul disponibil în mod eficient. Acesta a controlat corespunzător cursul şi ritmul discuţiei.
6. Terapeutul a utilizat timpul disponibil în mod eficient, limitând cu fineţe discuţiile colaterale sau neproductive şi stabilind un ritm de desfăşurare potrivit pacientului din faţa sa.

Partea II. Conceptualizare, strategie şi tehnică:

__7. EXPLORAREA DIRIJATĂ

0. Terapeutul s-a bazat, în primul rând, pe dispute, persuadare sau sfaturi, părând că interoghează pacientul, punându-l în defensivă sau impunându-şi punctul de vedere în faţa acestuia.
2. Terapeutul a recurs prea mult la dispute sau persuasiune, neglijând explorarea dirijată. Totuşi, acesta a fost suficient de suportiv, astfel că pacientul nu s-a simţit atacat sau pus în defensivă.
4. În cea mai mare parte a timpului, terapeutul l-a ajutat pe pacient să descopere noi perspective prin explorare dirijată (ex. examinarea logicii asumpţiilor, examinarea dovezilor, considerarea alternativelor, cântărirea avantajelor şi dezavantajelor), mai degrabă decât prin dispută. Chestionarea a fost folosită în mod adecvat.
6. Terapeutul a fost deosebit de abil în a utiliza explorarea dirijată pe durata şedinţei pentru a evalua

problemele şi a-l ajuta pe pacient să tragă propriile sale concluzii. Acesta a realizat un echilibru perfect între chestionarea cu tact a pacientului şi aplicarea altor modalităţi de intervenţie.

__8. FOCALIZAREA PE COGNIŢII ŞI COMPORTAMENTE CHEIE

0. Terapeutul nu a încercat să surprindă gânduri, asumpţii, imagini, sensuri sau comportamente specifice.
2. Terapeutul a utilizat tehnici corespunzătoare pentru a surprinde cogniţii şi comportamente; totuşi, acesta a avut dificultăţi în identificarea unui aspect ţintă *sau* s-a focalizat pe cogniţii/comportamente irelevante pentru problema de bază a pacientului.
4. Terapeutul s-a focalizat pe cogniţii sau comportamente specifice, relevante pentru problema de bază; totuşi, acesta nu s-a centrat cu prioritate pe credinţele evaluative şi s-ar fi putut orienta spre comportamente sau cogniţii mai centrale, care ar fi oferit o mai bună perspectivă de succes.
6. Terapeutul s-a focalizat cu mare abilitate pe credinţe evaluative şi comportamente specifice, extrem de relevante pentru problema în cauză şi care oferă şansa optimă de succes în terapie.

__9. STRATEGIA DE SCHIMBARE (Notă: la acest item, focalizați-vă pe *calitatea strategiei de schimbare* a terapeutului și nu pe calitatea implementării sau pe eficiența practică a acesteia – a apărut sau nu schimbarea scontată).

0. Terapeutul nu a recurs la tehnici cognitiv-comportamentale.
2. Terapeutul a utilizat unele tehnici cognitiv-comportamentale; totuși, *fie* strategia globală de schimbare a fost neclară, *fie* aceasta nu a părut eficientă în a-l ajuta pe pacient.
4. Terapeutul a recurs la o strategie de schimbare relativ coerentă, incluzând tehnici cognitiv-comportamentale și oferind o bună șansă de succes în cazul problemei pacientului.
6. Terapeutul a recurs la o strategie de schimbare coerentă, incluzând cele mai potrivite tehnici cognitiv-comportamentale și oferind o foarte bună șansă de succes în cazul problemei pacientului.

__10. APLICAREA TEHNICILOR COGNITIV-COMPORTAMENTALE (Notă: la acest item, focalizați-vă pe *abilitatea terapeutului în aplicarea tehnicilor* și nu pe adecvarea acestora la specificul problemei țintă sau pe eficiența lor practică – a apărut sau nu schimbarea scontată)

0. Terapeutul nu a aplicat tehnici cognitiv-comportamentale.
2. Terapeutul a utilizat unele tehnici cognitiv-comportamentale, dar au existat *deficiențe majore* în modul de aplicare a acestora.
4. Terapeutul a recurs la tehnici cognitiv-comportamentale, dovedind *destulă abilitate* în aplicarea acestora.
6. Terapeutul a utilizat tehnici cognitiv-comportamentale într-o manieră *extrem de abilă* și creativă.

__11. TEMA DE CASĂ

0. Terapeutul nu a încercat să includă în intervenție o temă de casă relevantă pentru terapia rațional-emotivă și comportamentală.
2. Terapeutul a întâmpinat dificultăți majore în stabilirea temei de casă (ex. nu a verificat tema de data trecută, nu a explicat suficient de clar tema, a stabilit o temă nepotrivită).

4. Terapeutul a verificat tema de data trecută şi a stabilit o temă „standard" pentru terapia raţional-emotivă şi comportamentală, suficient de relevantă pentru aspectele abordate în şedinţa respectivă. Pacientului i s-a explicat tema clar şi detaliat.
6. Terapeutul a verificat tema de data trecută şi a ales cu grijă, pentru săptămâna viitoare, o temă inspirată din terapia raţional-emotivă şi comportamentală. Aceasta a fost „perfect croită" pentru a ajuta pacientul să asimileze noi perspective, să testeze ipoteze, să experimenteze comportamente noi abordate pe parcursul şedinţei, etc.

Partea III. Considerente suplimentare:

12.

(a) Au apărut probleme deosebite pe parcursul şedinţei (ex., refuzul de a-şi face tema, probleme interpersonale între terapeut şi pacient, neîncredere în succesul terapiei, recăderi)?

❑ DA ❑ NU

(b) Dacă DA:

0. Terapeutul nu s-a descurcat bine cu problemele deosebite care au apărut.
2. Terapeutul s-a descurcat bine cu problemele deosebite care au apărut, însă a folosit conceptualizări şi explicaţii inconsecvente cu terapia raţional-emotivă şi comportamentală.

4. Terapeutul a încercat să rezolve problemele speciale apărute utilizând un cadru conceptual raţional-emotiv şi comportamental, aplicând *cu destulă abilitate* tehnicile adecvate.
6. Terapeutul a rezolvat *cu foarte multă abilitate* problemele speciale apărute, utilizând cadrul conceptual specific terapiei raţional-emotive şi comportamentale.

13. Aţi identificat, pe parcursul şedinţei, factori neobişnuiţi semnificativi, care consideraţi că au justificat devierea actului terapeutic de la abordarea standard evaluată prin această scală?

❑ DA (Vă rugăm specificaţi mai jos) ❑ NU

.....

.....

.....

.....

Partea IV. Evaluare globală şi comentarii:

14. Cum apreciaţi performanţa generală a clinicianului pe parcursul acestei şedinţe, în calitatea lui de terapeut format în terapie raţional-emotivă şi comportamentală?

0	1	2	3	4	5	6
Slabă	Nesatisfăcătoare	Mediocră	Satisfăcătoare	Bună	Foarte bună	Excelentă

15. Dacă ați face un studiu asupra eficienței terapiei rațional-emotive și comportamentale, credeți că ați considera acest terapeut apt de a fi inclus în cercetarea dvs.? (presupunând că această ședință este una tipică pentru el)

0	1	2	3	4
Cu siguranță nu	Probabil că nu	Nu sunt sigur - nedecis	Probabil că da	Cu siguranță da

16. Cât de dificil apreciați că a fost să se lucreze cu acest pacient?

0	1	2	3	4	5	6
Deloc dificil, foarte receptiv			Moderat de dificil			Extrem de dificil

17. Comentarii și sugestii pentru îmbunătățirea performanței terapeutului:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

18. Evaluare globală:

Scală de cotare:	0	1	2	3	4	5
	Slab	Mediocru	Satisfăcător	Bun	Foarte bun	Excelent

Utilizând scala de mai sus, vă rugăm faceți o evaluare globală a abilităților terapeutului, așa cum au fost ele surprinse în această înregistrare / așa cum au fost ele observate. Încercuiți numărul corespunzător.

ANEXA 2.

UNIVERSITATEA BABEŞ-BOLYAI ŞI ALBERT ELLIS INSTITUTE, SUA
INSTITUTUL INTERNAŢIONAL DE STUDII AVANSATE DE PSIHOTERAPIE ŞI SĂNĂTATE MENTALĂ APLICATĂ
Str. Republicii nr. 37, Cluj-Napoca 400015
Tel. 0040 744 362 123 / Fax 0040 264 434 141
www.psychotherapy.ro / internationalinstitute@psychology.ro

ASOCIAŢIA DE PSIHOTERAPII COGNITIVE ŞI COMPORTAMENTALE DIN ROMÂNIA,
Centru de formare al ACADEMY OF COGNITIVE THERAPY, SUA ŞI AI ALBERT ELLIS INSTITUTE, SUA, Membru al EUROPEAN ASSOCIATION FOR BEHAVIOURAL AND COGNITIVE THERAPIES
Str. M Kogălniceanu nr. 1, Cluj-Napoca 400084
Tel. 0040 744 362 123 / Fax 0040 264 434.141 / www.psychotherapy.ro

MODELUL ABC - COGNITIV

A EVENIMENT / SITUAŢIE ACTIVATOARE

- Rezumaţi pe scurt situaţia (A) în legătură cu care vă faceţi probleme (ex. ce ar vedea o cameră video?)
- A poate fi intern (ex. o emoţie) sau extern, real sau imaginar
- A poate fi un eveniment trecut, prezent sau viitor

C CONSECINŢE

Principalele emoţii negative dezadaptative / disfuncţionale:

Principalele comportamente dezadaptative:

Printre emoţiile negative dezadaptative se numără:

- Frica-Anxietatea
- Furia-Mânia
- Gelozia
- Depresia
- Ruşinea
- Vinovăţia etc.

B-CI (COGNIŢII / CONVINGERI IRAŢIONALE)

Pentru a identifica CI urmăriţi:

- PRETENŢII ABSOLUTISTE (ex. trebuie absolutist)
- CATASTROFAREA (ex. este groaznic, îngrozitor, oribil)
- INTOLERANŢA LA FRUSTRARE (ex. nu suport)
- EVALUAREA GLOBALĂ (ex. Eu (sau ceilalţi/lumea) sunt rău, lipsit de valoare)
- ASOCIERI INCONŞTIENTE /AUTOMATE (ex. fără CI conştiente) ÎNTRE A ŞI C

D (DISPUTAREA / RESTRUCTURAREA CI)

Pentru a restructura CI întrebaţi-vă:

- Ce efect are această convingere asupra mea? Mă ajută sau nu?
- Ce dovezi există pentru a susţine credinţa mea iraţională? Sunt aceste dovezi consistente cu realitatea?
- Este credinţa mea logică?
- Ce trebuie să fac pentru a testa şi modifica CI conştientizabile şi/sau prelucrările inconştiente care asociază A şi C?

B-CR (CREDINŢE RAŢIONALE)

Pentru a gândi mai raţional urmăriţi:

- PREFERINŢELE NON-DOGMATICE (ex. dorinţe, aşteptări)
- EVALUAREA CA NEPLĂCERE (ex. este rău, neplăcut)
- TOLERANŢA CRESCUTĂ LA FRUSTRARE (ex. nu îmi place, dar pot să suport şi să mă bucur de alte lucruri)
- EVITAREA EVALUĂRII GLOBALE ŞI FOCALIZAREA PE COMPORTAMENTUL CONTEXTUAL (ex. eu sunt o fiinţă umană care poate greşi în anumite situaţii)

E (NOUL EFECT)

Emoţii negative sau pozitive funcţionale:

Comportamente adaptative:

Emoţiile negative funcţionale cuprind de exemplu:

- Dezamăgirea
- Îngrijorarea
- Supărarea
- Tristeţea
- Regretul
- Emoţii disfuncţionale de intensitate mică

COPYRIGHT © International Institute for the Advanced Studies of Psychotherapy and Applied Mental Health, Babeş-Bolyai University, Cluj-Napoca, Romania

ANEXA 3.

UNIVERSITATEA BABEŞ-BOLYAI ŞI ALBERT ELLIS INSTITUTE, SUA
INSTITUTUL INTERNAŢIONAL DE STUDII AVANSATE DE PSIHOTERAPIE ŞI SĂNĂTATE MENTALĂ APLICATĂ
Str. Republicii nr. 37, Cluj-Napoca 400015
Tel. 0040 744 362 123 / Fax 0040 264 434.141
www.psychotherapy.ro / internationalinstitute@psychology.ro

ASOCIAŢIA DE PSIHOTERAPII COGNITIVE ŞI COMPORTAMENTALE DIN ROMÂNIA,
Centru de formare al ACADEMY OF COGNITIVE THERAPY, SUA ŞI AI ALBERT ELLIS INSTITUTE, SUA, Membru al EUROPEAN ASSOCIATION FOR BEHAVIOURAL AND COGNITIVE THERAPIES
Str. M Kogălniceanu nr. 1, Cluj-Napoca 400084
Tel. 0040 744 362 123 / Fax 0040 264 434.141 / www.psychotherapy.ro

MODELUL ABC - COMPORTAMENTAL

A ANTECENDENTE

Stimuli ⟷ Prelucrări informaţionale
- ↳ cunoştinţe procedurale
- ↳ autoeficacitate
- ↳ expectanţe

Rezumaţi pe scurt situaţia (A) în legătură cu care vă faceţi probleme (ex. ce ar vedea o cameră video?).
A poate fi intern (ex. o emoţie) sau extern, real sau imaginar.
A poate fi un eveniment trecut, prezent sau viitor

C CONSECINŢE

Principalele întăriri pozitive:

Principalele întăriri negative:

Principalele pedepse:

- ↳ întăriri pozitive
- ↳ întăriri negative
- ↳ pedepse

B – COMPORTAMENTUL OPERANT

MODIFICAREA ANTECEDENTELOR ŞI A CONSECINŢELOR

B – NOUL COMPORTAMENT

COPYRIGHT © International Institute for the Advanced Studies of Psychotherapy and Applied Mental Health, Babeş-Bolyai University, Cluj-Napoca, Romania

ANEXA 4.

DECALOGUL IRAȚIONALITĂȚII

1. TREBUIE să reușești în tot ceea ce faci, ALTFEL ești fără valoare ca om (ești neimportant/inferior/slab).
2. TREBUIE să reușești în tot ceea ce faci, ALTFEL este groaznic și catastrofal, (este cel mai rău lucru care ți se poate întâmpla.)
3. TREBUIE să reușești în tot ceea ce faci, ALTFEL nu poți tolera/suporta acest lucru (este insuportabil).
4. TREBUIE ca ceilalți să se comporte corect și/sau frumos cu tine ALTFEL ești fără valoare ca om (ești neimportant/inferior/slab) și/sau ei sunt fără valoare (răi).
5. TREBUIE ca ceilalți să se comporte corect și/sau frumos, ALTFEL este groaznic și catastrofal (este cel mai rău lucru care ți se poate întâmpla).
6. TREBUIE ca ceilalți să se comporte corect și/sau frumos, ALTFEL nu poți tolera/suporta acest lucru (este insuportabil).
7. TREBUIE ca viața să fie dreaptă și ușoară, ALTFEL ești fără valoare ca om (ești neimportant/inferior/slab) și/sau viața este nedreaptă.
8. TREBUIE ca viața să fie dreaptă și ușoară, ALTFEL este groaznic și catastrofal (este cel mai rău lucru care ți se poate întâmpla).
9. TREBUIE ca viața să fie dreaptă și ușoară, ALTFEL nu poți tolera/suporta acest lucru (este insuportabil).
10. EU, CEILALȚI ȘI/SAU VIAȚA TREBUIE CU NECESITATE SĂ...

Într-o variantă prescurtată:
Nucleule nebuniei – triada iraționalității
Modelul triarhic al patogenezei

1. Eu TREBUIE CU NECESITATE Să....
2. Ceilalți TREBUIE CU NECESITATE Să...
3. Viața TREBUIE CU NECESITATE Să...

DECALOGUL RAȚIONALITĂȚII

1. AR FI PREFERABIL să reușești în tot ceea ce faci și fă tot ce depinde de tine în acest sens, DAR DACĂ NU REUȘEȘTI, nu înseamnă că ești fără valoare ca om, ci doar că ai avut un comportament mai puțin performant, care poate fi îmbunătățit în viitor.
2. AR FI PREFERABIL să reușești în tot ceea ce faci și fă tot ce depinde de tine în acest sens, DAR DACĂ NU REUȘEȘTI, amintește-ți că este doar (foarte) rău, fără a fi însă catastrofal (cel mai rău lucru care ți se poate întâmpla).
3. AR FI PREFERABIL să reușești în tot ceea ce faci și fă tot ce depinde de tine în acest sens, DAR DACĂ NU REUȘEȘTI, poți tolera/suporta acest lucru neplăcut și poți merge mai departe bucurându-te de viață, chiar dacă este mai greu la început.
4. AR FI PREFERABIL ca ceilalți să se comporte corect și/sau frumos cu tine, DAR DACĂ NU SE COMPORTĂ AȘA, nu înseamnă că tu sau ei sunteți fără valoare ca oameni.
5. AR FI PREFERABIL ca ceilalți să se comporte corect și/sau frumos, DAR DACĂ NU SE COMPORTĂ AȘA, amintește-ți că este doar (foarte) rău, fără a fi însă catastrofal (cel mai rău lucru care ți se poate întâmpla).
6. AR FI PREFERABIL ca ceilalți să se comporte corect și/sau frumos, DAR DACĂ NU SE COMPORTĂ AȘA, poți tolera/suporta acest lucru neplăcut și poți merge mai departe bucurându-te de viață, chiar dacă este mai greu la început.

7. AR FI PREFERABIL ca viața să fie dreaptă și ușoară, DAR DACĂ NU ESTE, nu înseamnă că ești fără valoare ca om și/sau că viața este nedreaptă.
8. AR FI PREFERABIL ca viața să fie dreaptă și ușoară, DAR DACĂ NU ESTE, amintește-ți că este doar (foarte) rău, fără a fi însă catastrofal (cel mai rău lucru care ți se poate întâmpla).
9. AR FI PREFERABIL ca viața să fie dreaptă și ușoară, DAR DACĂ NU ESTE, poți tolera/suporta acest lucru și poți merge mai departe bucurându-te de viață, chiar dacă este mai greu la început.
10. SINGURUL LUCRU CARE TREBUIE ESTE CĂ NIMIC NU TREBUIE CU NECESITATE.

Într-o variantă prescurtată:

Nucleul sănătății – triada raționalității
Modelul triarhic al sanogenezei

1. Acceptă ceea ce nu se poate schimba.
2. Fă tot ceea este omenește posibil pentru a schimba ce se poate schimba, amintindu-ți însă mereu că uneori lucrurile nu TREBUIE să se întâmple cum vrei tu.
3. Fă diferența între 1 și 2.

SFATURI PENTRU O VIAȚĂ RAȚIONALĂ ȘI FERICITĂ

Aceste recomandări au fost promovate de Albert Ellis în lucrarea *A Guide to Rational Living*, care s-a vândut în peste 1.500.000 de exemplare, fiind best-seller în Statele Unite. De asemenea, în curriculumul grădinițelor și școlilor din SUA și Australia ele au fost implementate încă din anii '70, sub forma educației rațional-emotive și comportamentale.

SFATURI PENTRU O VIAȚĂ RAȚIONALĂ ȘI FERICITĂ

1. Urmează Decalogul Raționalității și evită Decalogul Irațonalității.
2. Asimilează Nucleul Sănătății și renunță la Nucleul Nebuniei.
3. Să dorești și să faci tot ceea ce depinde de tine ca lucrurile să se întâmple așa cum vrei tu, dar în același timp să ții minte că nu scrie nicăieri că lucrurile TREBUIE cu necesitate să se întâmple așa cum vrei tu.
4. Nu uita că ar fi de dorit ca toți ceilalți să te trateze corect, dar asta nu înseamnă că și TREBUIE cu necesitate să o facă.
5. Nu uita că ar fi de dorit să reușești în tot ceea ce faci, dar asta nu înseamnă că și TREBUIE cu necesitate să reușești.
6. Nu uita că ar fi de dorit ca viața să fie ușoară și dreaptă, dar asta nu înseamnă că și TREBUIE cu necesitate să fie așa.
7. Nu uita că dacă lucrurile nu se întâmplă așa cum ți-ai dorit, asta nu înseamnă că ești fără valoare ca om, ci doar că ai avut un comportament mai puțin performant care probabil poate fi îmbunătățit.

8. Nu uita că dacă lucrurile nu se întâmplă așa cum ți-ai dorit, nu înseamnă că este o catastrofă (cel mai rău lucru care ți se poate întâmpla), ci este doar un lucru neplăcut (poate până la extrem de neplăcut), fără ca asta să însemne totuși că este cel mai rău lucru care ți se poate întâmpla și că nu te mai poți bucura de viață.
9. Nu uita că dacă lucrurile nu se întâmplă așa cum ți-ai dorit, poți tolera asta și poți merge mai departe bucurându-te de viață, deși este mai greu la început.
10. Nu uita că este plăcut să ai aprobarea și dragostea celorlalți și fă tot ceea ce este omenește posibil să le obții, dar amintește-ți că și fără ele te poți accepta ca ființă umană care are dreptul să se bucure de viață.
11. Nu uita că este de preferat să faci lucrurile perfect, dar este omenește să greșești.
12. Nu uita că oamenii reacționează așa cum doresc ei, nu cum dorești tu și amintește-ți că ei, ca și tine, nu sunt perfecți.

Notă: Cognițiile irațonale cuprinse în „Decalogul Irațonalității" au fost identificate ca mecanisme etiopatogenetice implicate în patologie. Cognițiile raționale cuprinse în Decalogul Raționalității au fost identificate ca mecanisme de reziliență cognitivă implicate în promovarea sănătății și prevenirea patologiei. Rolul fiecărei categorii de cogniții a fost reliefat în sute de studii, incluzând mii de pacienți cu patologie diversă, sintetizate în metaanalize:

- Butler, A.C., & Beck, J.S. (2000). Cognitive therapy outcomes: A review of meta-analyses. *Journal of the Norwegian Psychological Association, 37,* 1-9.
- David şi colab. (2005). A synopsis of rational emotive behavior therapy: Fundamental and applied research. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy, 23,* 175-221.
- Engles, G.I., Garnefsky, N., & Diekstra, F.W. (1993). Efficacy of rational emotive therapy: A quantitative analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 6,* 1083–1090.
- Lyons, L.C., & Woods, P.J. (1991). The efficacy of rational-emotive therapy: A quantitative review of the outcome research. *Clinical Psychology Review, 11,* 357–369.

ANEXA. 5.

Tehnici cognitiv-comportamentale spirituale

Tehnicile şi ritualurile spirituale sunt utile în a modifica cogniţiile disfuncţionale şi iraţionale în cogniţii funcţionale şi raţionale prin apelul la rugăciune şi/sau la citirea unor texte sacre din diverse religii. Evident, ele sunt indicate şi funcţionează la pacienţii care consideră aceste texte ca fiind sacre.

Albert Ellis afirma la un moment dat că „...tradiţia iudeo-creştină exprimată în Biblie este o carte de autoterapie care probabil a determinat mai mulţi oameni să se schimbe decât toţi terapeuţii lumii la un loc...".

DOMENIUL GENERAL	CITATUL DIN BIBLIE CARE SUSŢINE VARINTA RAŢIONALĂ
Cogniţii Absolutiste (CA) versus Cogniţii Preferenţiale (CP)	*1Corinteni, 6:12;* Toate îmi sunt îngăduite, dar nu toate îmi sunt de folos. Toate îmi sunt îngăduite, dar eu nu voi fi stăpânit de ceva. (CP)
Catastrofare (C) versus Non-catrastofare (NC)	*Romani, 8:38-39;* Fiindcă sunt încredinţat că nici moartea, nici viaţa, nici îngerii nici stăpânirile, nici cele de acum, nici cele viitoare, nici puterile, nici înălţimea nici adâncul şi nici o altă făptură nu va putea sa ne despartă de iubirea lui Dumnezeu cea întru Hristos Iisus, Domnul nostru. (NC) *Matei, 6:34;* Nu purtaţi deci grija zilei de mâine, căci ziua de mâine se va îngriji de ale sale. I-ajunge zilei răutatea ei! (NC) *Filipeni, 4:6-7;* De nimic nu vă îngrijoraţi, ci întru totul faceţi-I cunoscute lui

	Dumnezeu cererile voastre prin rugăciune şi ruga cu mulţumire / şi pacea lui Dumnezeu care covârşeşte toată mintea să vă păzească inimile şi cugetele întru Hristos Iisus.(NC) *Isaia, 41:10-13*; Nu-ţi fie teamă, că Eu cu tine sunt; nu te rătăci, că Eu sunt Dumnezeul tău Cel ce te-am Întărit şi te-am ajutat şi cu dreptatea dreptei Mele te-am Întemeiat. (NC)
Toleranţă Scăzută la Frustrare (TSF) versus Toleranţă la Frustrare (TF)	*Ioan,15:18-19;* De vă urăşte pe voi lumea, să ştiţi că pe Mine mai înainte de voi M-a urât. / Dacă aţi fi din lume, lumea ar iubi ce este-al ei; dar pentru că nu sunteţi din lume, ci Eu v-am ales pe voi din lume, de aceea vă urăşte lumea. (TF) *Ioan, 16-33;* Pe acestea vi le-am grăit, pentru ca-ntru Mine pace să aveţi. În lume necaz veţi avea; dar îndrăzniţi, Eu am biruit lumea! (TF) *2Timotei, 3:12;* Prigoniţi vor fi şi toţi cei ce voiesc să trăiască cucernic în Hristos Iisus. (TF) *Evrei, 6:11-12;* Dorim dar ca fiecare din voi să arate aceeaşi râvnă pentru adeverirea pân' la sfârşit a nădejdii, / aşa încât să nu fiţi lenevoşi, ci următori ai celor ce prin credinţă şi răbdare moştenesc făgăduinţele. (TF) *Evrei, 12:10-11;* Pentru că ei ne pedepseau pentru puţine zile, după cum li se părea lor, dar Acesta spre folosul nostru o face, ca să ne împărtăşim de sfinţenia Lui. / Certarea, oricare ar fi ea, nu pare la-nceput că e spre

	bucurie, ci spre-ntristare; dar mai târziu, celor ce-au fost încercaţi prin ea le pune-nainte roada cea paşnică a dreptăţii. (TF) *2 Corinteni, 1:3-4;* Binecuvântat este Dumnezeul şi Tatăl Domnului nostru Iisus Hristos, Părintele Îndurărilor şi Dumnezeul a toată mângâierea. / Cel ce ne mângâie pe noi în tot necazul nostru, pentru ca pe cei ce se află în tot necazul să îi putem şi noi mângâia prin mângâierea cu care noi înşine suntem mângâiaţi de Dumnezeu. (TF) *Romani, 8:18;* Într-adevăr eu socotesc că suferinţele din vremea de acum nu au nici un preţ faţă de mărirea care ni se va descoperi. (TF) *Filipeni, 4:6-7;* De nimic nu vă îngrijoraţi, ci întru totul faceţi-i cunoscute lui Dumnezeu cererile voastre prin rugăciune şi ruga cu mulţumire / şi pacea lui Dumnezeu care covârşeşte toată mintea să vă păzească inimile şi cugetele întru Hristos Iisus. (TF) *Filipeni, 4:11;* N-o spun pentru că aş duce lipsă, căci eu m-am deprins să mă îndestulez cu ceea ce am. (TF). *Filipeni, 4:12-13;* Ştiu şi să fiu smerit, ştiu şi să am de prisos, în orice şi în toate m-am învăţat să fiu şi sătul şi flămând, şi să am de prisos şi să duc lipsa./ pe toate le pot întru Hristos, Cel ce mă întăreşte. (TF)
Autodepreciere/Depreciere Altora (AD) versus Acceptare Necondiţionată a Proprie Persoane/Altora (AN)	*Romani, 5:8;* Dar Dumnezeu îşi arată iubirea faţă de noi prin aceea că Hristos a murit pentru noi pe când noi eram încă păcătoşi. (AN)

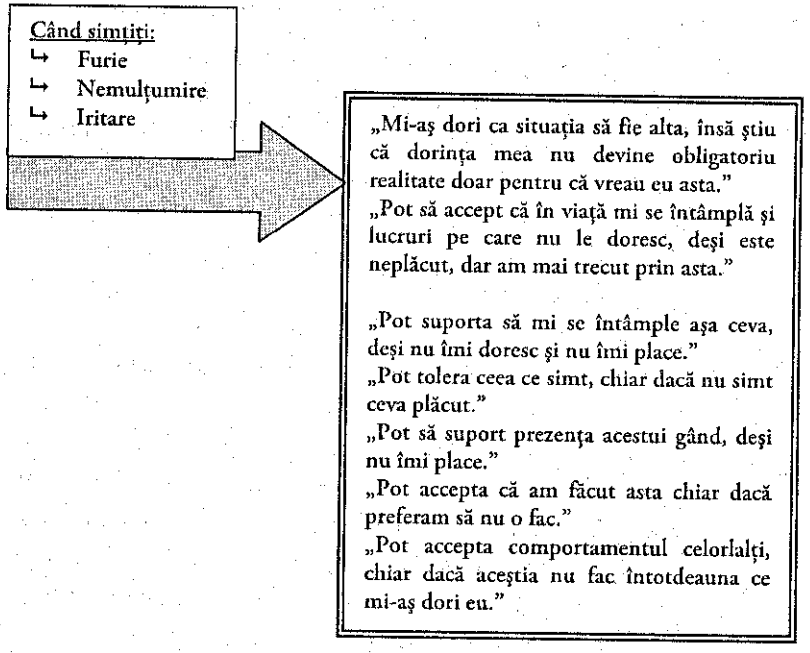
Romani,3:28; Căci socotim că prin credinţă se va îndreptăţi omul fără faptele Legii. (AN)
Efeseni, 4:32; Ci fiţi buni între voi, milostivi, iertându-vă unul altuia, aşa cum şi Dumnezeu v-a iertat vouă întru Hristos.(AN)
Matei, 5:43-44; Aţi auzit că s-a spus: Să-l iubeşti pe aproapele tău şi să-l urăşti pe vrăjmaşul tău; / dar Eu vă spun: Iubiţi pe vrăjmaşii voştri, binecuvântaţi pe cei ce vă blesteamă, faceţi bine celor ce vă urăsc şi rugaţi-vă pentru cei ce vă vatămă şi vă prigonesc. (AN)
Matei, 18:21-22; Atunci Petru, apropiindu-se de El, I-a zis: „Doamne, de câte ori va greşi fratele meu faţă de mine şi eu îi voi ierta? oare până de şapte ori?"
/ Iisus i-a zis: „Nu-ţi spun că până de şapte ori, ci până de şaptezeci de ori câte şapte". (AN)
Tit, 3:4-7; Dar când s-a arătat bunătatea lui Dumnezeu, Mântuitorul nostru, şi iubirea Sa de oameni, / El nu din pricina faptelor pe care le-am făcut noi întru dreptate, ci după mila Sa ne-a mântuit prin baia naşterii din nou şi prin înnoirea Duhului Sfânt / pe Care din belşug L-a vărsat peste noi prin Iisus Hristos, Mântuitorul nostru, / pentru ca, îndreptăţiţi fiind prin harul Său, întru nădejde să devenim moştenitori ai vieţii veşnice. (AN)
Efeseni, 2:1; 4-5; Iar pe voi care eraţi morţi prin greşalele şi prin păcatele voastre...; /dar Dumnezeu bogat fiind în mila pentru multa Sa iubire cu care ne-a iubit pe noi, cei ce

	eram morţi prin greşalele noastre, ne-a făcut vii împreună cu Hristos (prin har sunteţi mântuiţi)! (AN)
Modicarea Filosofiei de Viaţă cu Impact General Asupra Persoanei (FV)	*2Corinteni 5:16-17;* Aşadar de acum înainte noi pe nimeni nu îl mai cunoaştem după trup; chiar dacă L-am cunoscut pe Hrisos după trup, acum nu Îl mai cunoaştem astfel. / Prin urmare, dacă este cineva întru Hristos, el e făptura nouă: cele vechi au trecut, iată că toate au devenit noi. (FV)
Emoţii Disfuncţionale (EDN) versus Emoţii Funcţionale Negative (EFN)	*2Corinteni, 7:9-10;* Acum mă bucur nu pentru ca v-aţi întristat, ci pentru ca v-aţi întristat spre pocăinţă; fiindcă după Dumnezeu v-aţi întristat, pentru ca să nu aveţi nici o pagubă din partea noastră. / Căci întristarea cea după Dumnezeu aduce pocăinţa spre mântuire, fără părere de rău; iar întristarea lumii aduce moarte. (EFN)

ANEXA 6.

PASTILA PSIHOLOGICĂ PENTRU FURIE

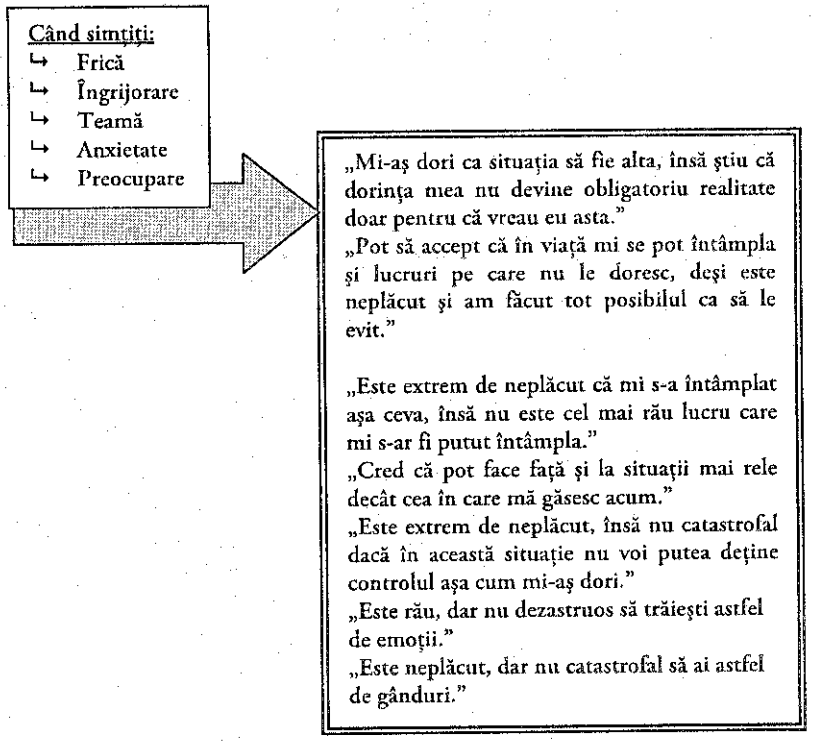
Repetați afirmațiile de mai jos ori ce câte ori simțiți emoții intense, negative, supărătoare, care v-ar putea pune probleme (ex. sunteți atât de furios/oasă, încât spuneți sau faceți ceva ce veți regreta mai târziu).


Când simțiți:
↳ Furie
↳ Nemulțumire
↳ Iritare
„Mi-aș dori ca situația să fie alta, însă știu că dorința mea nu devine obligatoriu realitate doar pentru că vreau eu asta."
„Pot să accept că în viață mi se întâmplă și lucruri pe care nu le doresc, deși este neplăcut, dar am mai trecut prin asta."
„Pot suporta să mi se întâmple așa ceva, deși nu îmi doresc și nu îmi place."
„Pot tolera ceea ce simt, chiar dacă nu simt ceva plăcut."
„Pot să suport prezența acestui gând, deși nu îmi place."
„Pot accepta că am făcut asta chiar dacă preferam să nu o fac."
„Pot accepta comportamentul celorlalți, chiar dacă aceștia nu fac întotdeauna ce mi-aș dori eu."

COPYRIGHT © International Institute for the Advanced Studies of Psychotherapy and Applied Mental Health, Babeș-Bolyai University, Cluj-Napoca, Romania

PASTILA PSIHOLOGICĂ PENTRU FRICĂ

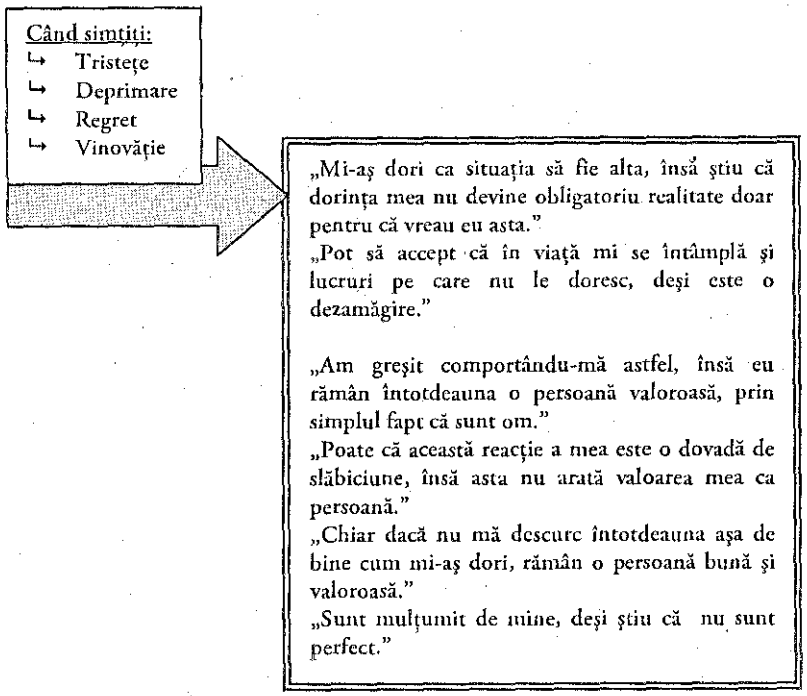
Repetați afirmațiile de mai jos ori ce câte ori simțiți emoții intense, negative, supărătoare, care v-ar putea pune probleme (ex. sunteți atât de înfricoșat/ă, încât renunțați să faceți ceva ce vă doreați să faceți).


Când simțiți:
↳ Frică
↳ Îngrijorare
↳ Teamă
↳ Anxietate
↳ Preocupare
„Mi-aș dori ca situația să fie alta, însă știu că dorința mea nu devine obligatoriu realitate doar pentru că vreau eu asta."
„Pot să accept că în viață mi se pot întâmpla și lucruri pe care nu le doresc, deși este neplăcut și am făcut tot posibilul ca să le evit."
„Este extrem de neplăcut că mi s-a întâmplat așa ceva, însă nu este cel mai rău lucru care mi s-ar fi putut întâmpla."
„Cred că pot face față și la situații mai rele decât cea în care mă găsesc acum."
„Este extrem de neplăcut, însă nu catastrofal dacă în această situație nu voi putea deține controlul așa cum mi-aș dori."
„Este rău, dar nu dezastruos să trăiești astfel de emoții."
„Este neplăcut, dar nu catastrofal să ai astfel de gânduri."

COPYRIGHT © International Institute for the Advanced Studies of Psychotherapy and Applied Mental Health, Babeș-Bolyai University, Cluj-Napoca, Romania

PASTILA PSIHOLOGICĂ PENTRU DEPRIMARE

Repetați afirmațiile de mai jos ori ce câte ori simțiți emoții intense, negative, supărătoare, care v-ar putea pune probleme (ex. sunteți atât de deprimat/ă, încât nu aveți curajul să vă susțineți punctul de vedere, deşi ar fi fost o opinie valoroasă).


Când simțiți:
↳ Tristețe
↳ Deprimare
↳ Regret
↳ Vinovăție
„Mi-aş dori ca situaţia să fie alta, însă ştiu că dorinţa mea nu devine obligatoriu realitate doar pentru că vreau eu asta."
„Pot să accept că în viaţă mi se întâmplă şi lucruri pe care nu le doresc, deşi este o dezamăgire."
„Am greşit comportându-mă astfel, însă eu rămân întotdeauna o persoană valoroasă, prin simplul fapt că sunt om."
„Poate că această reacţie a mea este o dovadă de slăbiciune, însă asta nu arată valoarea mea ca persoană."
„Chiar dacă nu mă descurc întotdeauna aşa de bine cum mi-aş dori, rămân o persoană bună şi valoroasă."
„Sunt mulţumit de mine, deşi ştiu că nu sunt perfect."

COPYRIGHT © International Institute for the Advanced Studies of Psychotherapy and Applied Mental Health, Babeş-Bolyai University, Cluj-Napoca, Romania

ANEXA 7.

TEHNICI METAFORICE DE RESTRUCTURARE COGNITIVĂ

Aceste tehnici înlocuiesc indirect, prin intermediul metaforelor, cogniţiile disfuncţionale şi/sau iraţionale cu unele funcţionale şi/sau raţionale. Metaforele sunt exprimate în poveşti, poezii, cântece, proverbe, aforisme şi/sau pot fi construite de un terapeut creativ în cursul procesului terapeutic, specific pentru pacientul cu care lucrează.

I. Literatură, poveşti şi povestiri

- Care promovează un stil cognitiv funcţional şi raţional
  - o Vezi „Poveşti raţionale pentru copii" (Virginia Waters), traducere la A.S.C.R., Cluj-Napoca de Daniel David şi Adrian Opre.
  - o Povestiri scurte

    Exemplu: Maestrul şi ucenicul se îndreptau spre mănăstire. Făceau parte dint-un cult care, prin jurământ, nu avea voie să atingă femeile. Lângă un râu văd o femeie frumoasă, care nu putea trece din cauza rochiei prea lungi care se uda. Maestrul o ia în braţe şi o trece râul. În primul moment, ucenicul încremeneşte. Apoi devine din ce în ce mai furios. Maestrul însă îl ignoră, continuându-şi drumul ca şi cum nimic nu s-ar fi întâmplat. Ajungând însă la mănăstire, ucenicul îi spune maestrului, care nu îl mai poate evita: „Cum ai putut să atingi femeia; ba mai mult, să o iei în braţe"?. Uitându-se lung la el, maestrul îi răspunde: Eu am lăsat femeia

lângă râu, tu de ce o porți cu tine? (sugerează rolul cogniților în reacțiile noastre).

Exemplu. Isaac Asimov în lucrarea „Roboții de pe Aurora" transpune magistral în variantă „Science-fiction" principii ale terapiei cognitiv-comportamentale. Spre exemplu roboții de pe Aurora erau guvernați de trei legi (inflexibile):

Legea 1: Un robot nu poate face rău unei ființe umane sau, prin inacțiune, să permită ca unei ființe umane să i se facă rău;

Legea 2: Un robot trebuie să asculte ordinele date lui de o ființă umană, cu excepția cazurilor când aceste ordine ar veni în contradicție cu Legea 1. Legea 3: Un robot trebuie să-şi apere propria existență, atâta timp cât nu intră astfel în contradicție cu Legea 1 sau Legea 2. Atunci când printr-o împrejurare creată un robot nu a reușit să respecte aceste Legi, practic a apărut o discrepanță între aceste Legi de care era guvernat și evenimentele care s-au întâmplat, s-a destabilizat complet (a dezvolta patologie, în limbaj clinic).

II. Poezii

- Care promovează un stil cognitiv funcțional și rațional
  - „...De poți să nu-ți pierzi capul când toți în jurul tău și l-au pierdut pe-al lor găsindu-ți ție vină/ De poți atunci când toți te cred nedemn și rău, să nu-ți pierzi nici o clipă încrederea în tine/ De poți să-aștepți oricât fără să-ți pierzi răbdarea.../De rabzi s-auzi cuvântul cândva rostit de tine, răstălmăcit de oameni, ciunit și prefăcut/ De poți să-ți vezi idealul

distrus și din ruine să-l reclădești cu-ardoarea fierbinte din trecut/...De poți miza pe-o carte întregaa ta avere și tot ce-ai strâns o viață să pierzi într-un minut/ Și atunci, fără a scoate-o vorbă de durere Să-ncepi agoniseala cu calm de la-nceput..."

(*Dacă*, de Rudyard Kipling, 1895)

- Care promovează un stil cognitiv disfuncțional și irațional
  - „...Pe umeri pletele-i curg râu/ Mlădie, ca un spic de grâu/ Cu șorțul negru prins în brâu/ O pierd din ochi de dragă./ Și când o văd, îngălbenesc/ Și când n-o văd, mă-mbolnăvesc/ Iar când merg alții de-o pețesc/ Vin popi de mă dezleagă..."

(*Numai Una*, de George Coşbuc)

III. Cântece

- Care promovează un stil cognitiv funcțional și rațional
  - „...Poți să pierd în viață tot, Nu îmi pasă mă ridic la loc..." (Voltaj)
  - „...În viață nu-i așa cam cum ar trebui să fie..." (Pavel Stratan)
  - „...Când necazuri te doboară și prieteni n-ai să-i strigi/ ține minte, sfârșitul nu-i aici..." (Pasărea Colibri)
- Care promovează un stil cognitiv disfuncțional și irațional
  - „...Nu pot trăi fără tine/ Nu pot trăi, n-are rost/ Întoarce-te iarăși la mine/ Vino, te rog, înapoi..." (Cargo)
  - "...Toți băieții vor ca toate fetele să fie pe placul lor, Și toate fetele vor băieți care să le spună mereu ce vor, Toată săptamâna; Să-mi faci mereu pe plac, Să

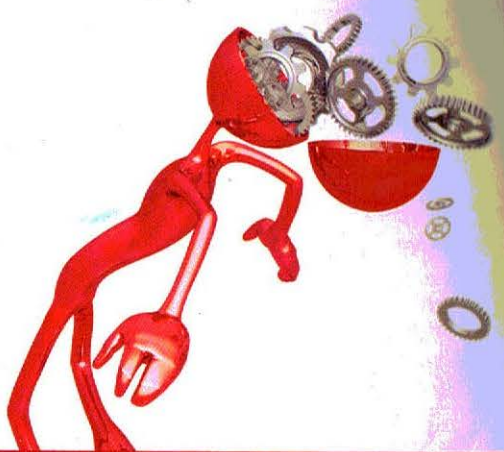
m-alinți într-una; Să-mi spui cât de mult te atrag..." (Andra)

IV. Proverbe

- Care promovează un stil cognitiv funcțional și rațional
  - Cât trăiește omul speră; Unele așteptăm, altele ne vin; Tot răul spre bine; Dracu' nu e așa negru pe cum pare; La tot răul e și un bine; Și răul prinde câteodată bine la ceva.
- Care promovează un stil cognitiv disfuncțional și irațional
  - Cine nu are sănătate nu are nimic; Nu te hrăni cu speranță; Ce începe rău, se termină rău; Ce începe bine, sfârșește bine; Fiecare trebuie să își poarte crucea.

V. Aforisme

- Care promovează un stil cognitiv funcțional și rațional
  - Raționalistul care se teme de „irațional" este ca un om care în calculele sale bugetare s-ar teme de excedente (Blaga)
  - A nu trăi în zadar este a ști să dai vieții pământești aspectul unei captivități cerești (Blaga)
- Care promovează un stil cognitiv disfuncțional și irațional
  - O idee aplicată este un înger căzut (Blaga)
  - Sufletul are totdeauna ceva din amarul unei sărutări pe care n-ai putut s-o dai (Blaga)



ISBN 978-973-1802-07-7

www.sinapsis.ro

Prof. "Aaron T. Beck" univ. dr. Daniel David

PROTOCOL CLINIC DE PSIHOTERAPIE RAȚIONAL-EMOTIVĂ ȘI COMPORTAMENTALĂ PENTRU DEPRESIE

SINAPSIS

TRATAMENTUL DEPRESIEI PRIN PSIHOTERAPIE RAȚIONAL-EMOTIVĂ ȘI COMPORTAMENTALĂ